

فصل ۱: کلیات و تاریخچه خدمات سلامت در ایران و جهان

لازمه توانمندی جوامع

← رفاه انسان در ابعاد {
- جسمی
- روانی
- اجتماعی
یعنی سلامت است.

مفهوم سلامتی

{
- تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون
- فرهنگی
- جغرافیایی
- مفهومی پویا و متغیر با زمان

سه هدف اصلی نظام سلامت

{
- سالم نگه داشتن مردم
- درمان بیماران
- محافظت از خانواده‌ها در مقابل فشار مالی ناشی از خدمات سلامت

- در جهان ← ایجاد نظام‌های سلامت سازمان یافته ← از اواخر قرن ۱۹ و با وقوع انقلاب صنعتی

- تاریخ پزشکی در ایران ← کهن‌ترین تاریخ جهان

• ایران باستان ← در آیین زرتشتیان بهداشت شخصی، همگانی و محیط از وظایف بزرگ مذهبی بود. سه نوع طبیب در اوستا
- جراح ← با کارد بهبود می‌بخشد.
- طبیب ← با گیاهان درمان بخش مداوا می‌کند.
- کاهن ← با کلام الهی شفا می‌دهد.

- تلفیق طب یونانی با ایرانی در این دوره

{
- محمد زکریای رازی: صاحب کتاب الحاوی و طب
منصوری
- علی بن اهواری ارجانی: صاحب کتاب المکی
- ابوالبراهیم اسماعیل جرجانی: صاحب ذخیره
خوارزمشاهی
- ابوعلی سینا: صاحب کتاب قانونی طب

- پزشکان مطرح این دوره

• بعد از ورود اسلام

• بعد از قرن ۱۹م

- سه دوره

- در ایران

تاریخچه خدمات سلامت

تغییر رویکردهای خدمات سلامت

به دلیل پیشرفت‌های پزشکی در قرن بیستم، بیماران مدت طولانی‌تری زنده می‌مانند، که خود این باعث تحمیل هزینه‌های بیشتری به جامعه می‌شود. این هزینه‌ها شامل:

- پول
- نیروی انسانی
- تجهیزات

- پیشگیری
- کاهش هزینه‌ها
- کاهش رنج و ناتوانی ناشی از بیماری و افزایش طول عمر همراه با سلامتی
- بعضی بیماری‌ها قابل پیشگیری اند ولی درمان ندارند. (مانند ایدز)

• سلامتی: در بسیاری از فرهنگ‌ها به معنی «بیمار نبودن» است.

- یک حق بشری
- یک هدف اجتماعی
- بنابراین
- برای تأمین نیازهای اساسی انسان‌ها لازم است.
- باید برای همه انسان‌ها در دسترس باشد.

- تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی (۱۹۸۴): «سلامتی برخورداری از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و ناتوانیست.»

- در چند سال اخیر رفاه در بعد معنوی نیز به این تعریف اضافه شده.

- اختلال در سلامت
- حوزه پزشکی ← بیماری
- حوزه ذهنی ← ناخوشی
- حوزه کارکردی ← کسالت (مریضی)

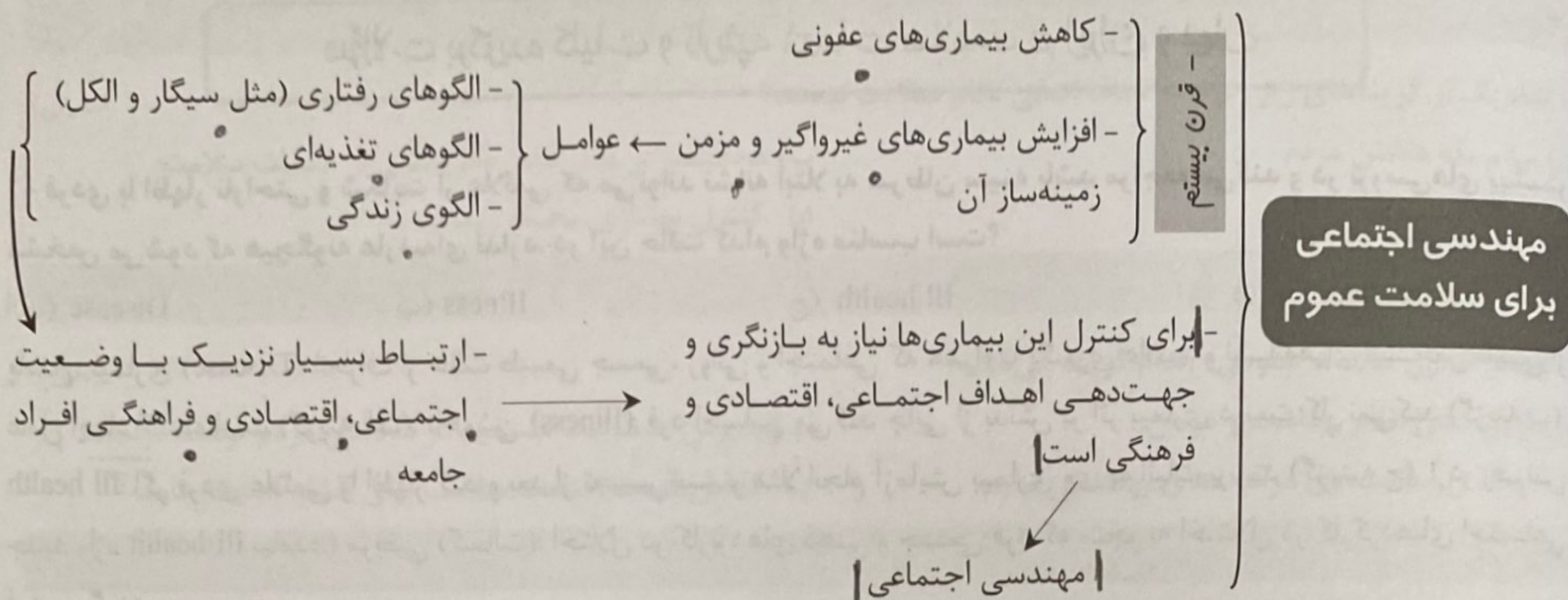
- بیماری (disease) ← نقطه مقابل ease ← عدم وجود راحتی: «انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی که همراه با یکسری علائم و نشانه‌های مشخص ناشی از عامل ایجادکننده است.»
- ناخوشی (illness): فرد احساس می‌کند جایی از بدنش بر اثر بیماری درست کار نمی‌کند.
- مریضی (کسالت): اختلال در کاربردهای ذهنی و جسمی فرد که منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی فرد می‌گردد.

- جنبش بزرگ بهسازی: مشکلات جدید سلامت، ناشی از انقلاب صنعتی منجر به تدوین «قانون سلامت

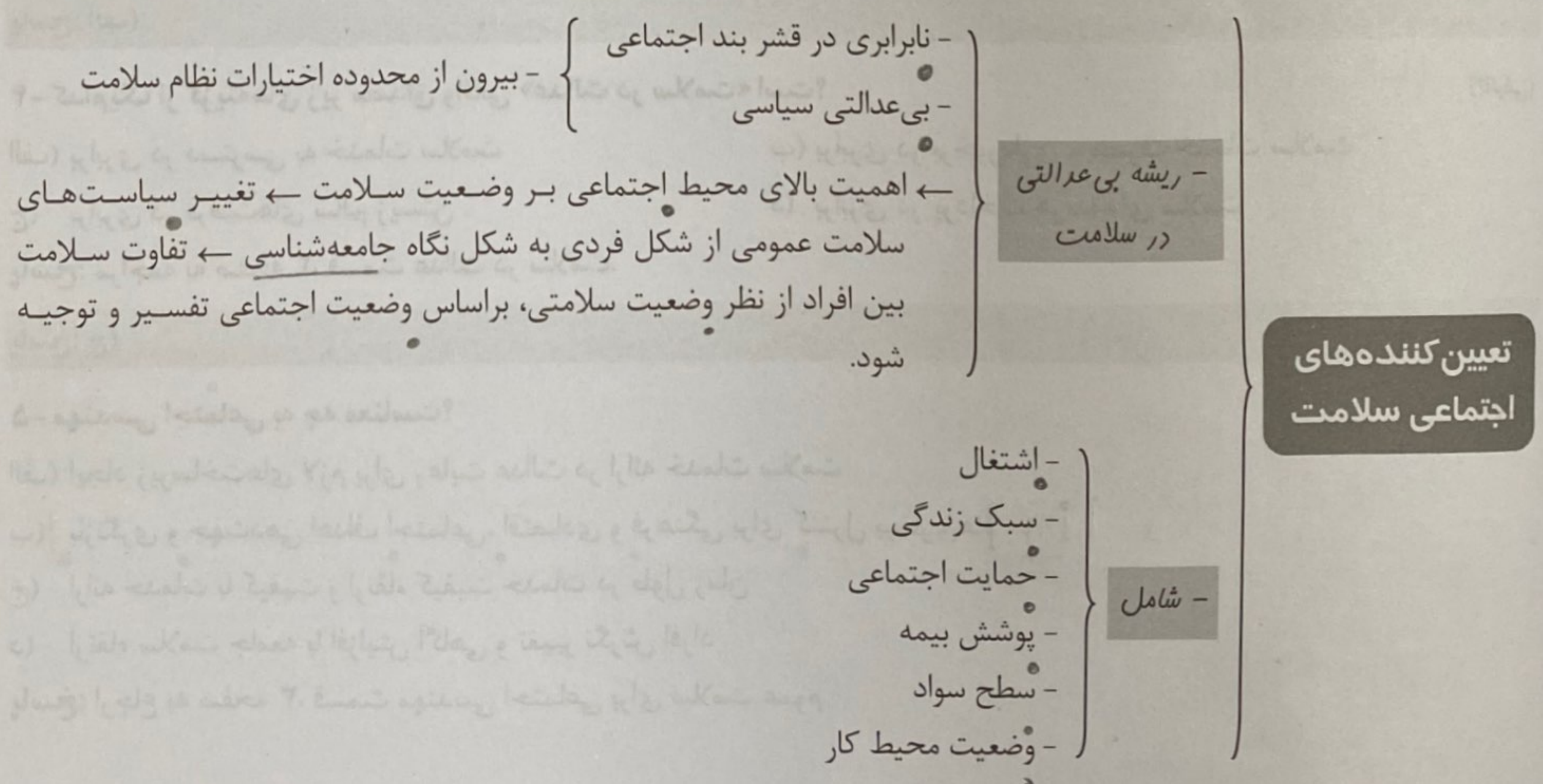
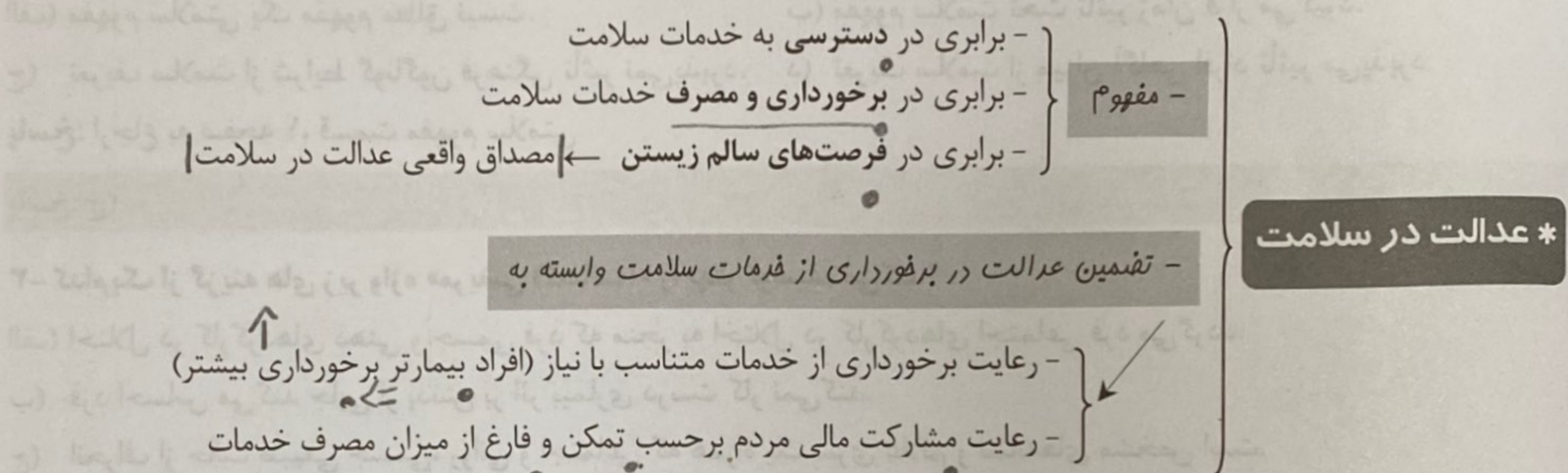
عمومی» شد پیامد آن پذیرش مسئولیت مستقیم در سلامتی مردم توسط دولت

نهیض جهانی در سلامت عمومی

- تمولات ناشی از این جنبش
- وضع مقررات بهسازی محیط
- ارتقاء سلامت عمومی از طریق ارتقاء سلامت فردی
- گسترش مباحث سلامت عمومی در محیط‌های دانشگاهی
- پیامد آن
- تعریف سلامت عمومی به عنوان: «علم و هنر، (۱) پیشگیری از بیماری، (۲) طولانی کردن عمر و (۳) ارتقای سلامت و کارایی از طریق تلاش سازمان یافته جامعه.»



- سلامتی برای همه ← کشورهای سازمان ملل سال ۱۹۸۱ خود را به برنامه «سلامتی برای همه» متعهد نمودند.



سؤالات برگزیده کلیات و تاریخچه خدمات سلامت در ایران و جهان

۱- فردی با اظهار ناراحتی و شکایت از علائمی که می‌تواند نشانه ابتلا به سرطان سینه باشد مراجعه می‌کند و در بررسی‌های پیش از تشخیص می‌شود که هیچگونه عارضه‌ای ندارد. در این حالت کدام واژه مناسب است؟

(علوم پایه پزشکی - استفسار)

Discomfort (د)

Ill health (ج)

Illness (ب)

Disease (الف)

پاسخ: بیماری (Disease): انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی که همراه با یکسری علائم و نشانه‌های مشخص ناشی از عوامل ایجاد کننده است (گزینه الف). ناخوشی (Illness): فرد احساس می‌کند جایی از بدنش بر اثر بیماری درست کار نمی‌کند (گزینه ب). Ill health: اگر فردی علائمی را اظهار کند و بعد از تجسس بیشتر مثلاً انجام آزمایش بیماری وی به اثبات برسد (گزینه ج). (در فرد جدید واژه Ill health نیامده). مریضی (کسالت): اختلال در کاربردهای ذهنی و جسمی فرد که منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی فرد می‌گردد.

پاسخ: (ب)

۲- کلیه عبارات زیر در مورد مفاهیم و تعاریف «سلامت» صحیح است، بجز:

(علوم پایه پزشکی - شوری)

الف) مفهوم سلامتی یک مفهوم مطلق نیست. (ب) مفهوم سلامت تحت تأثیر زمان قرار می‌گیرد.

ج) تعریف سلامت از شرایط گوناگون فرهنگی تأثیر نمی‌پذیرد. (د) تعریف سلامت از میزان آگاهی افراد تأثیر می‌پذیرد.

پاسخ: ارجاع به صفحه ۱، قسمت مفهوم سلامتی

پاسخ: (ج)

۳- کدام یک از گزینه‌های زیر واژه «مریضی (کسالت)» را بهتر توصیف می‌کند؟

(تأیید)

الف) اختلال در کارکردهای ذهنی و جسمی فرد که منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی فرد می‌گردد.

ب) فرد احساس می‌کند جایی از بدنش بر اثر بیماری درست کار نمی‌کند.

ج) انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی که همراه یک سری علائم و نشانه‌های مشخص است.

د) عدم برخورداری از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی.

پاسخ: (الف)

۴- کدام یک از گزینه‌های زیر مصداق واقعی «عدالت در سلامت» است؟

(تأیید)

الف) برابری در دسترسی به خدمات سلامت (ب) برابری در برخورداری و مصرف خدمات سلامت

ج) برابری در فرصت‌های سالم زیستن (د) برابری در پرداخت هزینه‌های سلامت

پاسخ: مراجعه به صفحه ۳، قسمت عدالت در سلامت.

پاسخ: (ج)

۵- مهندسی اجتماعی به چه معناست؟

(تأیید)

الف) ایجاد زیرساخت‌های لازم برای رعایت عدالت در ارائه خدمات سلامت

ب) بازنگری و جهت‌دهی اهداف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برای کنترل بیماری‌ها | im

ج) ارائه خدمات با کیفیت و ارتقاء کیفیت خدمات در طول زمان

د) ارتقاء سلامت جامعه با افزایش آگاهی و تغییر نگرش افراد

پاسخ: ارجاع به صفحه ۳، قسمت مهندسی اجتماعی برای سلامت عموم

۶

پاسخ: ب)

۶- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء سه هدف اصلی نظام سلامت نیست؟

(تالیفی)

الف) سالم نگه داشتن مردم

ب) محافظت در برابر فشار مالی ناشی از خدمات سلامت

ج) درمان بیماران

پاسخ: د)

۷- پیامد «قانون سلامت عمومی» کدام گزینه می‌باشد؟

(تالیفی)

الف) نوین شدن نظام بهداشت و درمان

ب) پذیرش مسئولیت مستقیم در سلامتی مردم توسط دولت‌ها

ج) ایجاد زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه

د) کاهش قیمت خدمات سلامت برای اقشار ضعیف جامعه

پاسخ: ب)

فصل ۲: مفاهیم سلامت، بیماری و سطوح پیشگیری

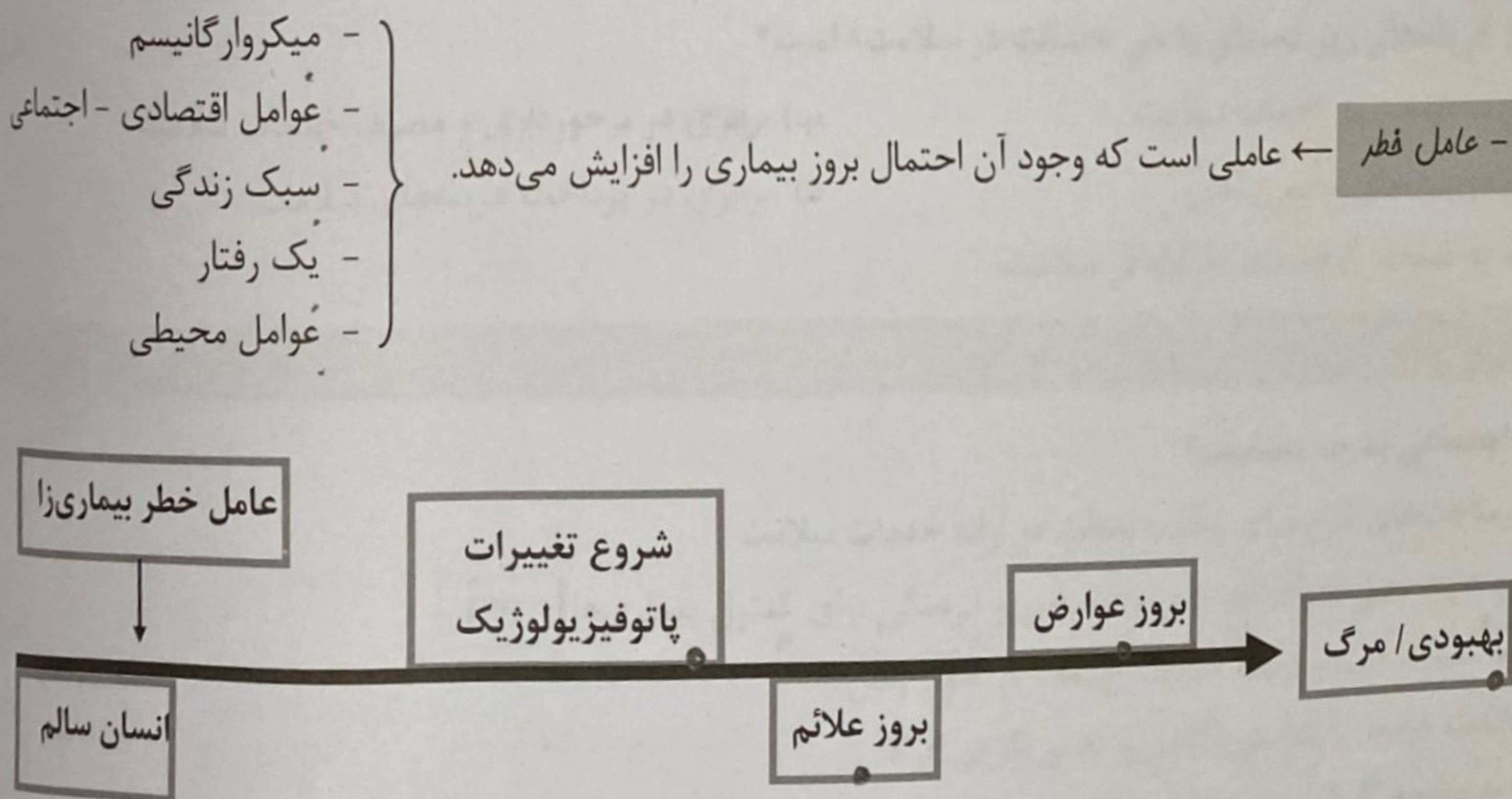
تعاریف سلامت

- ۱- اساس نامه ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت: «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیماری» ← غیرقابل دسترس
- ۲- قدرت تطابق فرد با همه تقاضاهای زندگی روزمره
- ۳- وضعیت تعادل بین فرد و محیط فیزیکی و اجتماعی اش.
- ۴- فرد سالم فردی است که در جامعه منشأ تولید و درآمدزایی است. ← بیشتر بُعد اقتصادی

ابعاد سلامت

- بُعد جسمی ← وجود عملکرد مناسب ارگان های بدن
 - بُعد روانی {
 - تعادل روانی
 - واکنش مناسب به تغییرات محیطی و مشکلات زندگی
 - نداشتن بیماری های روانی
 - بُعد اجتماعی {
 - ارتباط سالم افراد جامعه با هم
 - تعادل مردم با نهادهای اجتماعی
 - مشارکت در فعالیتهای اجتماعی
 - بُعد معنوی ← افرادی که اعتقاد به خداوند دارند از سلامت بهتری برخوردارند. در این افراد پذیرش بیماری و یا مرگ راحت تر است و افسردگی و خودکشی کمتر.
- * ابعاد مختلف سلامت با هم ارتباط تنگاتنگی دارند و روی هم اثر گذارند.

* سطوح پیشگیری



شکل ۱-۲. طیف سلامت و بیماری

جامه سازی
معین
فرهنگ داره

- پیشگیری سطح ابتدایی

← هدف عدم شکل گیری عامل خطر است

- ۱- بهسازی محیط
- ۲- افزایش دانش و آگاهی
- ۳- ریشه کنی بیماری ها (مثل آبله)

- پیشگیری سطح اول

← هدف جلوگیری از ایجاد بیماری است
← از بین بردن یا کنترل اثر عامل خطر

- ۱- از بین بردن عامل خطر (مثلا با مواد ضد عفونی کننده)
- ۲- استفاده از وسایل محافظتی (مثل ماسک، گان، کرم ضد آفتاب و ...)
- ۳- مصونیت افراد در مقابل عامل خطر (مثل واکسیناسیون)

- کشف بیماری در مراحل که تغییرات پاتوفیزیولوژیک آغاز شده ولی بیماری علامتی ندارد (مرحله پیش بالینی یا نهفتگی بیماری) ← اغلب با روش های غربالگری. با هدف جلوگیری یا کنترل بروز علائم

- دیابت
- افراد خطر بالا
- سابقه فامیلی
- یا
- بررسی از ۳۰ سالگی
- BMI < ۲۵
- سایر افراد ← بررسی از ۴۵ سالگی

- بررسی با آزمایش قندخون ناشتا یا هموگلوبین A1C

- مثال ها

- تشخیص سرطان دهانه رحم با تست پاپ اسمیر یا HPV در مراحل اولیه و قبل از دست اندازی به بافت ها
- غربالگری کم کاری تیروئید و فنیل کتونوریا برای همه نوزادان در کشور ← جلوگیری از عقب ماندگی ذهنی آنها
- غربالگری دمانس در سالمندان با استفاده از پرسشنامه مینی تست دمانس
- غربالگری تنبلی چشم یا آمبلیوپی
- درمان قبل ۶ سالگی: بستن چشم سالم برای مدتی
- در سنین ۴ تا ۶ سالگی
- درمان در سنین بالاتر: جراحی

- پیشگیری سطح سوم

← فرد با علائم مراجعه کرده ← هدف: (۱) درمان، (۲) پیشگیری از عوارض و (۳) توانبخشی (در صورت نیاز، مثل بیماری سکته مغزی یا عدم تحریک طولانی مدت)

- پیشگیری سطح چهارم

← هدف پیشگیری از تشخیص و درمان های غیر ضروری و (over-diagnosis & over-treatment) است. مواردی مثل استفاده بیهوده از آنتی بیوتیک یا استفاده زودرس از اندوسکوپی یا سی تی اسکن و ...

- تحمیل هزینه اضافه به نظام سلامت
- عارضه متعدد در مراجعین

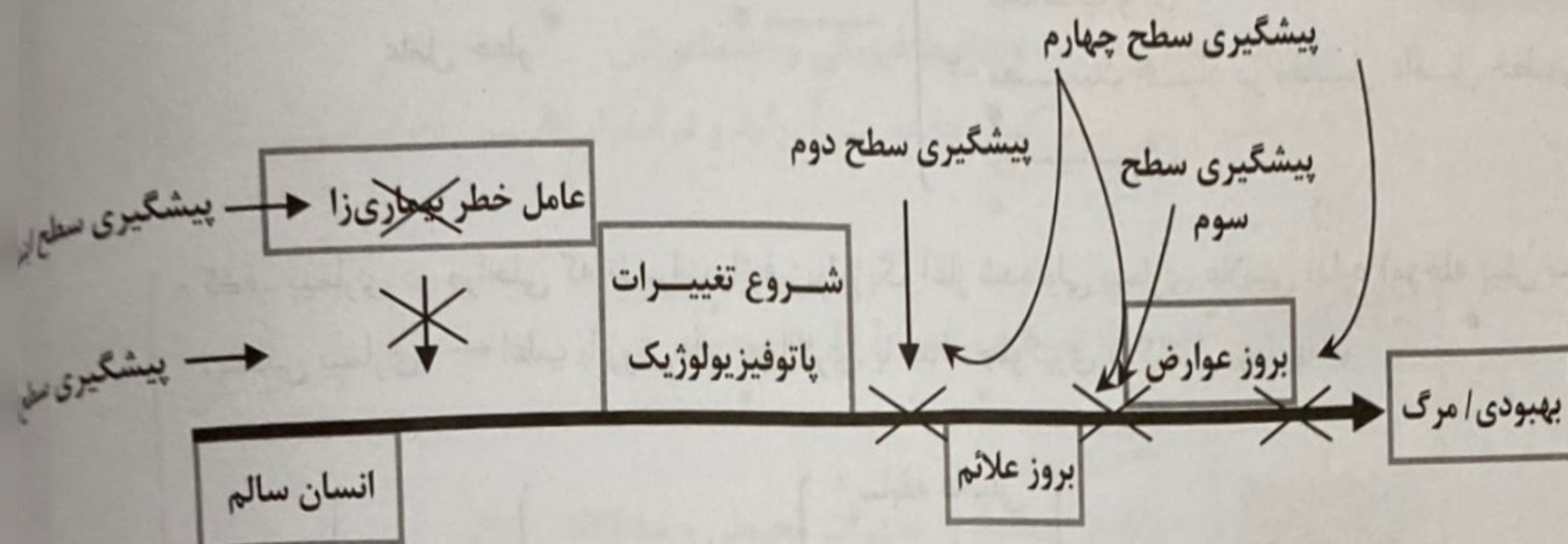


۴۴

بنابراین ← نیاز به تدوین راهنماهای بالینی
 - بیان معیارهای تشخیص
 - تبیین مراحل درمان

* درمان یک بیمار سل که با خلط خونی آماده مراجعه نموده
 - برای بیمار ← پیشگیری سطح سوم
 - برای اطرافیان بیمار ← پیشگیری سطح اول

* سطوح پیشگیری



شکل ۲-۲. سطوح پیشگیری

سوالات برگزیده مفاهیم سلامت، بیماری و سطوح پیشگیری

۱- کدام یک از موارد زیر «پیشگیری ثالثیه» محسوب می شود؟

(الف) ارتقا سلامت (ب) غربالگری (ج) جلوگیری از ناتوانی (د) تشخیص و درمان زودهنگام

پاسخ: مراجعه به صفحه ۷، قسمت سطوح پیشگیری.

پاسخ: ج

۲- معاینه بالینی پستان و بستن کمربند ایمنی در خودرو به ترتیب چه سطحی از پیشگیری محسوب می شوند؟

(الف) ثانویه، اولیه (ب) ثانویه، ثانویه (ج) اولیه، ثانویه (د) اولیه، اولیه

پاسخ: الف

۳- در دهه ۷۰ میلادی ارتباط مصرف داروی تالیدومید توسط مادر با ناهنجاری های اندام در جنین اثبات گردید. از آن زمان

تالیدومید جزء داروهای غیرمجاز در دوران بارداری قرار گرفته است. ورود این دارو به فهرست داروهای غیرمجاز در دوران بارداری

جزء کدام یک از سطوح پیشگیری محسوب می شود؟

(الف) نخستین (ب) اول (ج) دوم (د) سوم

پاسخ: ب

۴- کدام جمله زیر غلط است؟

۴۵

الف) تعریف سلامت در اساس نامه سازمان جهانی بهداشت، غیرقابل دسترسی است.

ب) افرادی که اعتقاد به خدا دارند از سلامت بهتری برخوردارند.

ج) ابعاد مختلف سلامت روی هم اثر گذارند.

د) درآمد زایی در تعاریف سلامت جایی ندارد.

پاسخ: طبق یکی از تعاریف سلامت، فرد سالم فردی است که در جامعه منشأ تولید و درآمدزایی است.

پاسخ: د)

۵- کدام یک از گزینه های زیر جزئی از پیشگیری ابتدایی نیست؟

(تالیفی)

الف) بهسازی محیط im | ب) از بین بردن عامل خطر | ج) افزایش دانش و آگاهی د) ریشه کنی بیماری ها

پاسخ: اجزای پیشگیری ابتدایی: بهسازی محیط، افزایش دانش و آگاهی، ریشه کنی بیماری ها (مثل آبله). از بین بردن عامل خطر، جزئی از پیشگیری اولیه می باشد.

پاسخ: ب)

۶- پیشگیری سطح چهارم از بروز کدام یک از گزینه های زیر جلوگیری می کند؟

(تالیفی)

الف) تحمل هزینه اضافه به نظام سلامت ب) ایجاد علائم بیماری
ج) ایجاد عوارض بیماری د) آلوده شدن انسان با پاتوژن

پاسخ: الف)

۷- غربالگری جزء کدام یک از سطوح پیشگیری می باشد؟

(تالیفی)

الف) ابتدایی ب اول ج) دوم | علائم، عوارض د) سوم

پاسخ: ج)

۸- هدف در پیشگیری سطح سوم همه موارد زیر است بجز:

(تالیفی)

الف) درمان ب) پیشگیری از عوارض بیماری 3
ج) توانبخشی د) پیشگیری از ایجاد عوارض ناشی از درمان 4
پاسخ: پیشگیری از عوارض ناشی از درمان و ایجاد عوارض متعدد در مراجعین، پیشگیری سطح چهارمند.

پاسخ: د)

۹- درمان یک بیمار مبتلا به سل که با خلط خونی مراجعه کرده برای خود بیمار و اطرافیانش به ترتیب کدام سطوح از پیشگیری

(تالیفی)

الف) سطح سوم - سطح دوم ب) سطح سوم - سطح سوم ج) سطح سوم - سطح اول د) سطح دوم - سطح اول

پاسخ: ج)

فصل ۱۱: سلامتی به عنوان حق عمومی

سلامتی و توسعه

- رشد اقتصادی مهم ترین عامل در توسعه جوامع و مهم ترین عامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت است.
- هر ۱۰٪ افزایش امید به زندگی در بدو تولد حداقل منجر به رشد اقتصادی در حد ۰/۳ تا ۰/۴ می شود.

* در نظر گرفتن تأمین سلامتی انسان ها به عنوان حق برای او ← مدافع دیگر حقوق او در جوامع مثل غذا، پوشاک، مسکن و غیره زیرا نادیده گرفته شدن هر کدام از این حقوق، مانع تأمین سلامتی است.

- بیانیه آلماتا (سال م. ۱۹۷۸): تصویب موضوع سلامتی به عنوان حق عمومی و ضرورت تأمین آن توسط دولت ها. شعار سلامتی همه (Health for all) برای اولین بار در این بیانیه مطرح شد.

* سلامتی یک مقوله اجتماعی است و مهم ترین عوامل تعیین کننده سلامتی عوامل اجتماعی می باشند.

- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ← تحصیلات، اشتغال، آب آشامیدنی سالم و ... ← تأمین همه آنها تنها از عهده دولت هر کشور برخواهد آمد.

مراقبت های سلامت در تأمین سلامت

- مراقبت های سلامت ارائه شده در مورد تشخیص بیماری ها در نظام ← تأمین کننده حداکثر سهم سلامت
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ← بیش از ۵۰٪ تعیین کننده سلامت

- چالش های توسعه: مثال ← رونق تولید باعث رشد اقتصادی جامعه می شود ولی خود می تواند باعث آلوده شدن محیط زیست شود
 ← کند شدن یا حتی کاهش روند توسعه ← اقتصاد سبز: توسعه بدون آسیب به محیط زیست طبیعی و محیط زیست اجتماعی و روابط انسانی

استراتژی تأمین سلامت برای همه

- در دسترس
- قابل تأمین از نظر هزینه
- مورد پذیرش جامعه (مقبولیت)

- نظام مراقبت های اولیه سلامت (Primary Health Care (PHC))

← مراقبت های پایه و ضروری ← باعث کنترل بیماری ها و افزایش امید به زندگی

- عدالت ← مهم ترین اصل در تأمین حقوق انسان ها

- تناسب ← توزیع خدمات سلامت متناسب با نیاز افراد

مراقبت های سلامت اصول ارائه

- تمام افرادی که به خدمات سلامت نیاز دارند بتوانند از آن استفاده کنند و توان اقتصادی دریافت مراقبت سلامتی را داشته باشند.
- تأمین خدمات از نظر هزینه برای افراد جامعه باید به صورت مستمر ممکن باشد.
- مراقبت ها باید در طول زمان ارائه شوند. اگر به صورت مقطعی ارائه شوند از عدم ارائه مراقبت ها در ابتدا بدتر است زیرا در حالت اول اعتماد عمومی مخدوش می شود و دیگر مراقبت ها مورد پذیرش قرار نخواهند گرفت.

- دسترسی

تناسب و کارآرایی

- خدمات باید متناسب با نیاز باشد.

- ۱- اثرگذاری (Efficacy) ← تأثیر در شرایط مطالعاتی و ایده‌آل بر روی نمونه منتخب
- ۲- اثربخشی (Effectiveness) ← اثر در شرایط عادی و بر روی عموم
- ۳- کارایی (Efficiency) ← بیشترین تأثیر با کمترین هزینه

- سطوح مختلف اثرگذاری

اصل مشارکت چندبخشی

- تعیین مشکلات سلامت
- اولویت‌بندی مشکلات
- تعیین راهبرد برای حل مشکلات
- ارائه مراقبت‌ها و اجرای برنامه‌ها

- مشارکت جامعه

- جامع بودن ← پاسخ برای مشکلات مختلف سلامتی افراد و جامعه باید با هم ارائه شود ← منجر به افزایش کارایی. خدمات باید به‌صورت مبتنی بر خانواده و جامعه ارائه شود.

- انواع نیازها

- نیازهای ضروری: براساس شواهد و مستندات علمی
- نیازهای درک شده: اگر فرد دارای نیاز سلامت از این نیاز خودآگاه باشد، در این مرحله است. $Wah + ?$
- نیازهای بیان شده (تقاضا): نیازهای درک شده‌ای که منجر به درخواست دریافت خدمات سلامت شده. بیشتر مراقبت‌های سلامت به‌عنوان پاسخ به تقاضای افراد ارائه می‌شود.
- نیازهای بالقوه / رقابتی: این نیازها از نظر علمی ضروری نبوده و منجر به ارتقاء سلامت فرد نمی‌شود و به‌دلیل مشاهده در گروه‌های همسان ایجاد شده.

* پاسخ‌گویی به نیازها

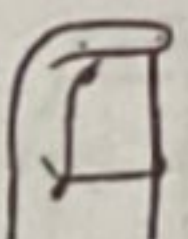
- روند پاسخ‌گویی به نیازها در نظام‌های سلامت

- نظام‌های سلامت غیرنوبین

- مراقبت‌های درمانی براساس تقاضاست.
- انبوه مراکز درمانی و تشخیصی و تجهیزات وجود دارد و با این حال، تقاضای بالا هنوز پابرجاست.
- واردات تجهیزات پیشرفته و تأسیس مراکز درمانی جدید هم معمولاً تقاضای القایی به همراه خواهد داشت به‌ویژه اگر نظام پرداخت هزینه‌های سلامت ناکارآمد باشد
- ← بستر مناسب برای ارائه مراقبت‌های سلامت غیرکارآمد اما سودآور برای ارائه‌دهندگان

- نظام‌های سلامت نوبین

- نیازهای ضروری در اولویت‌اند.
 - برنامه‌ریزی جهت آگاه‌سازی جامعه
 - نیازهای پیشگیرانه نیز در اولویت‌اند حتی اگر تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد.
 - ارائه مراقبت‌های سلامت برای عموم مردم با کمترین هزینه و دسترسی حداکثر
 - سطح‌بندی خدمات سلامت و طراحی نظام ارجاع
 - ارائه مراقبت براساس رویکرد پزشک خانواده و مسئول سلامت جمعیت
- باعث فراهم شدن خدمات تخصصی برای افرادی که واقعاً به آن نیاز دارند.



سوالات برگزیده سلامتی به عنوان حق عمومی

۱- مهم ترین عامل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت چیست؟

الف) سطح سواد (ب) رشد اقتصادی (ج) عدالت اجتماعی (د) بهسازی محیط

پاسخ: ب

۲- شعار سلامتی برای همه (Health For All) در کدام یک از کنفرانس های زیر برای اولین بار مطرح شد؟

الف) کنفرانس آلماتا ۱۹۷۸ (ب) کنفرانس اوتاوا ۱۹۸۶ (ج) کنفرانس جاکارتا ۱۹۹۷ (د) کنفرانس بانکوک ۲۰۰۵

پاسخ: الف

۳- کدام یک از عوامل زیر مهمترین تعیین کننده سلامت هستند؟

الف) عوامل اقتصادی (ب) عوامل اجتماعی (ج) عوامل سیاسی (د) عوامل انسانی

پاسخ: ب

۴- واژه ای «اثربخشی (Effectiveness)» به چه معناست؟

الف) تاثیر در شرایط مطالعاتی و روی نمونه منتخب (ب) اثر در شرایط عادی و بر روی عموم

ج) بیشترین اثر با کمترین هزینه (د) هیچکدام

پاسخ: اثربخشی (Efficacy) ← تاثیر در شرایط مطالعاتی و ایده آل بر روی نمونه منتخب (گزینه الف). اثربخشی (Effectiveness) ←

اثر در شرایط عادی و بر روی عمومی (گزینه ب). کارایی (Efficiency) ← بیشترین تاثیر با کمترین هزینه (گزینه د).

پاسخ: ب

۵- جامع بودن خدمات سلامت به چه معناست؟

الف) ارائه تمامی خدمات سلامت در تمامی مراکز

ج) مداخله برای تمامی مشکلات سلامت بیمار

پاسخ: جامع بودن ← پاسخ برای مشکلات مختلف سلامتی افراد و جامعه باید با هم ارائه شود ← منجر به افزایش کارایی. خدمات

باید به صورت مبتنی بر خانواده و جامعه ارائه شود.

پاسخ: د

۶- فردی به دلیل درد کمر به پزشک مراجعه می کند. نیاز او برای دریافت خدمات سلامت چه نوع نیازی می باشد؟

الف) نیاز ضروری (ب) نیاز درک شده (ج) نیاز بیان شده (تقاضا) (د) نیاز القائی / رقابتی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۱۱، قسمت انواع نیازها.

پاسخ: ج

۷- کدام گزینه جزو ویژگی های نظام های سلامت غیرنویین نیست؟

الف) مراقبت های درمانی براساس تقاضاست.

ب) انبوه مراکز درمانی و تشخیصی وجود دارد.

ج) بستر مناسبی برای ارائه خدمات سودآور برای ارائه دهندگان است.

د) نیازهای ضروری در اولویت اند.

۱۱

پاسخ: در نظام‌های سلامت نوین نیازهای ضروری در اولویت‌اند.

پاسخ: (د)

۸- کدام گزینه جزو ویژگی‌های نظام‌های سلامت نوین نیست؟

(تالیفی)

(الف) مراقبت‌های درمانی براساس تقاضاست.

(ب) برنامه‌ریزی جهت آگاه‌سازی جامعه انجام می‌شود.

(ج) نیازهای پیشگیرانه در اولویت‌اند حتی اگر تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد.

(د) نیازهای ضروری در اولویت‌اند.

پاسخ: در نظام‌های سلامت نوین نیازهای ضروری در اولویت‌اند، برنامه‌ریزی جهت آگاه‌سازی جامعه، نیازهای پیشگیرانه نیز در اولیت‌اند حتی اگر تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد، ارائه مراقبت‌های سلامت برای عموم مردم با کمترین هزینه و دسترسی حداکثر، سطح‌بندی خدمات سلامت و طراحی نظام ارجاع، ارائه مراقبت براساس رویکرد پزشک خانواده و مسئول سلامت جمعیت

پاسخ: (الف)

۹- کدام یک از موارد زیر باعث فراهم شدن خدمات تخصصی برای افرادی که واقعاً به آنها نیاز دارند می‌شوند؟

(تالیفی)

(الف) اقدامات پیشگیرانه

(ب) نظام ارجاع و رویکرد پزشک خانواده

(ج) ارائه مراقبت‌های درمانی براساس تقاضا

(د) ارائه مراقبت‌های سلامت برای عموم و با کمترین هزینه

پاسخ: (ب)

فصل ۱۴: نظام‌های سلامت در ایران و جهان

- مبنای شکل‌گیری سازمان‌ها و نهادها در جامعه ← پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه (مثل نیاز به سلامتی)

سلامتی به عنوان حقوق انسانی

- اعلامیه جهانی حقوق بشر ← هر کسی حق دارد استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده‌اش داشته باشد.
- اساسنامه سازمان جهانی بهداشت ← سلامتی حق مثبتی است که مردم می‌توانند آن را مطالبه کنند دولت‌ها مکلف به تأمین آن هستند.
- بیانیه آلتا ← حق سالم زیستن مهم‌ترین هدف اجتماعی

شکل‌گیری ساختاری نظام‌های سلامت

- یک قرن قبل ← شکل‌گیری نظام‌های سلامت سازمان یافته با هدف فایده رساندن به کل جامعه
- پندر نمونه تاریخی
 - آلمان (۱۸۸۲) ← کارفرمایان موظف شدند کارگران خود را برای خدمات بهداشتی درمانی تحت پوشش قرار دهند.
 - نیوزیلند (۱۹۳۸) ← اولین کشوری که نظام ملی خدمات سلامت را ارائه نمود.
- نظام‌های سلامت امروزه الگویی از یک یا چند طراحی اولیه‌اند که در اواخر قرن ۱۹ شکل گرفت و به تدریج اصلاح شد.

- الگوها

- الگوی اول ← پوشش اکثریت یا همگانی جمعیت از طریق پرداخت اجباری به صندوق‌های بیمه
- الگوی دوم ← ارائه خدمات درمانی به صورت مرکزگرا و عمدتاً متکی بر درآمدهای مالیاتی و به عهده دولت
- الگوی سوم ← مشارکت دولت‌ها محدودتر ولی هنوز قابل توجه است و معمولاً تنها برخی گروه‌های خاص جمعیتی را پوشش می‌دهد و سایر افراد جمعیت به صورت خصوصی خدمت را دریافت می‌نمایند. به طور عمده در کشورهای ثروتمند.

اهداف و عملکرد نظام سلامت

- اهداف

- ۱- ارتقای سلامت: فلسفه وجودی تمام نظام‌های سلامت
- ۲- پاسخ‌گویی: پاسخ‌گویی به مطالبات غیربهداشتی درمانی مانند رعایت حرمت و کرامت انسانی افراد، کاهش آسیب به شأن، استقلال منزلت آنان، علاوه بر مطالبات بهداشتی درمانی.
- ۳- مشارکت مالی عادلانه در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت: مشارکت مالی برحسب تمکن مالی افراد، فارغ از میزان مصرف خدمات سلامت
- ۴- سودمندی (کارآمدی) خدمات: در کنار مقدار هزینه کردن در نظام‌های سلامت توسط هر کشور نحوه هزینه کردن و تخصیص منابع در میزان هزینه‌ها مؤثر بوده و تعیین‌کننده کارآمدی نظام سلامت است.



اهداف و عملکرد نظام سلامت

- عملکرد

- ۱- ارائه خدمات سلامت: اصلی‌ترین و ملموس‌ترین عملکرد نظام سلامت
- ۲- تولیت: به مفهوم مسئولیت و پاسخ‌گویی در قبال سلامت جامعه به همراه اختیارات مناسب با این مسئولیت است.
- ۳- خلق منابع: نظام سلامت نیازمند منابعی همچون نیروی انسانی با صلاحیت، تجهیزات و دانش فنی است. در بسیاری از این موارد، تأمین و ایجاد این منابع توسط خود نظام سلامت انجام می‌پذیرد.
- ۴- تأمین و تخصیص مالی: نظام سلامت پول را از منابع مختلف (مالیات، بیمه و ...) تأمین و صرف خدمات سلامت می‌کند.

- دسته‌بندی نظام‌های سلامت براساس نقش دولت در
- سیاست‌گذاری‌های سلامت
 - ارائه خدمات سلامت
 - تأمین و تخصیص مالی خدمات سلامت

* انواع نظام‌های سلامت

- تقسیم‌بندی Field

- نظام‌های مبتنی بر بازار آزاد (Emergent)

- قوانین بازار آزاد حاکم است و خدمات سلامت شبیه سایر کالاهای ارائه شده در سایر بازارهاست.
- محدودیت‌های رقابتی وجود ندارد.
- کارکرد سیستمی و هماهنگ وجود ندارد و اکثر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به‌صورت انفرادی کار می‌کنند.
- ضوابط و قواعد حاکم بر این سیستم توسط اتحادیه‌های صنفی تعیین می‌گردد و دولت نقش بسیار کمی در سیاست‌گذاری‌های سلامت دارد.
- تمامی خدمات سلامت توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد.
- رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمت مستقیم است.

- نظام‌های تکثرگرا (Pluralistic)

- بازار ارائه خدمات نوعی بازار اقتصاد آزاد است ولی توسط اتحادیه‌های صنفی و تاحدودی دولت مدیریت می‌شود.
- قواعد و ضوابط توسط اتحادیه‌های صنفی تعیین می‌گردد ولی دولت به میزان کم در سیاست‌گذاری‌ها دخالت می‌کند.
- بخش اعظمی از خدمات توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد ولی دولت درصد کمی از خدمات، به‌ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارائه می‌دهد.
- ساختارهای بیمه بیشتر به‌صورت بیمه‌ها خصوصی و رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت هم مستقیم و هم غیرمستقیم.
- نام دیگر این نظام ← بازارهای مدیریت شده.

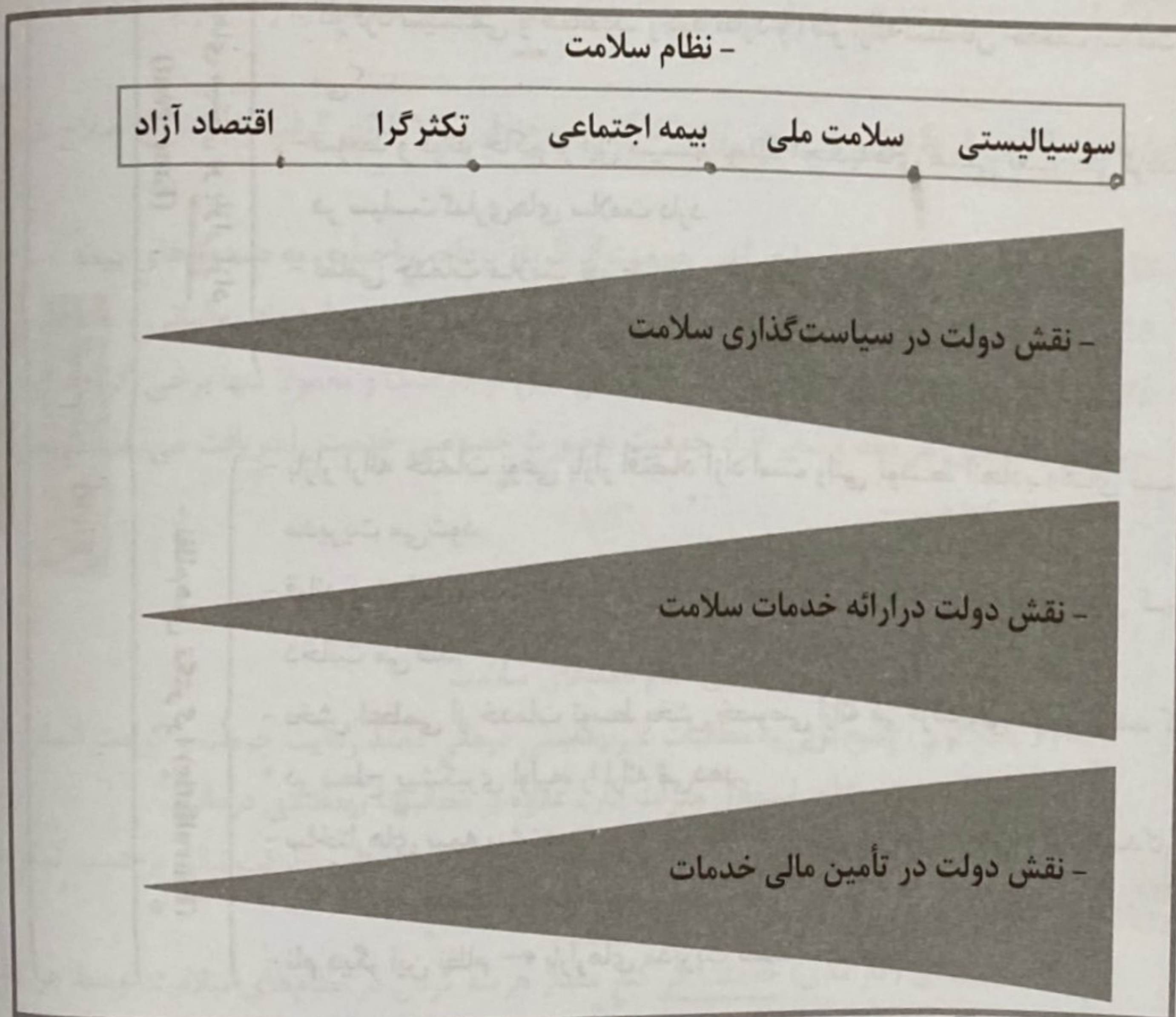


۴۴

- نظام‌های اجتماعی (Insurance/ Social Security)
- نقش دولت به‌ویژه در تأمین و تخصیص مالی خدمات پر رنگ است.
 - دولت نقش کمی در ارائه خدمات سلامت دارد و خدمات بیشتر توسط بیمه‌های درمانی اجتماعی ارائه می‌شوند.
 - نقش اتحادیه‌های صنفی پر رنگ است ولی نه در حد دو نظام تکثرگرا و مبتنی بر بازار آزاد.
 - پزشکان به‌صورت انفرادی یا تحت پوشش اتحادیه فعالیت می‌نمایند.
 - پرداخت هزینه خدمات به‌صورت غیرمستقیم و از طریق بیمه‌های دولتی صورت می‌گیرد.
- نظام‌های خدمات سلامت ملی (National Health Services)
- دولت خود ارائه‌کننده خدمات است و بسیاری از پزشکان در بخش دولتی فعالیت می‌کنند.
 - تأمین و تخصیص مالی خدمات توسط دولت و از طریق مالیات است.
- نظام‌های سوسیالیستی (Socialized)
- در این نظام سلامت، سلامتی حق مردم و دولت تضمین‌کننده و مکلف ارائه خدمات است.
 - همه مراکز ارائه خدمات سلامت دولتی هستند و تمامی کارکنان خدمات سلامت استخدام دولت.
 - تمامی پرداخت‌ها غیرمستقیم و از طریق مالیات است.

- تقسیم‌بندی Field

* انواع نظام‌های سلامت



شکل ۱-۴. نقش سه‌گانه دولت در نظام‌های سلامت

* انواع نظام‌های سلامت

- تطبیق نظام سلامت ایران با
تقسیم‌بندی Field

- سلامتی به‌عنوان حق مردم پذیرفته شده ← منطبق بر ویژگی‌های نظام سوسیالیستی
- الزامی بر ارائه خدمات سلامت نیست بلکه قانون بیمه همگانی برای مردم ارائه شده
- ← منطبق بر نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی
- مراقبت‌های سلامت اولیه به‌صورت دولتی ارائه می‌گردد ← منطبق بر نظام خدمات سلامت ملی
- قسمت عمده‌ای از خدمات سلامت توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود ← منطبق بر نظام سلامت تکثرگرا
- پرداخت قسمت قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌ها به‌صورت مستقیم ← منطبق بر نظام مبتنی بر بازار آزاد

نظام سلامت در ایران

- ایجاد نظام ساختارمند خدمات سلامت ← اواخر دوران قاجار ← به همت امیرکبیر و دکتر تولوزان ← ایجاد «هیأت صحیه» ← تشکیل سازمان رسیدگی به امور قرنطینه و واکسیناسیون عمومی
- تغییر نام وزارت بهداری به «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»
- اجرای طرح اصلاحات نظام سلامت کشور با نام طرح «تشکیل و استقرار نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی»

- سال ۱۳۶۴

اصلاحات در نظام‌های سلامت

- نیازهای سلامت جوامع، به‌دلایلی از جمله دلایل زیر، ایستا نیست و از آنجایی که اصلی‌ترین فلسفه وجود نظام‌های سلامت پاسخ‌گویی به این نیازها است، اصلاحات در این نظام‌ها ضروری‌اند.
- گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و تغییر مشکلات سلامتی
- گذر جمعیتی و افزایش سالمندان
- توجه روز افزون به کیفیت زندگی در کنار کمیت آن
- عوامل خطر
- تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع ← تغییر
- مطالبات مردم در خدمات سلامت
- تغییرات اقتصادی و نظام و ساختارهای سیاسی کشورها

- دلایل

سوالات برگزیده نظام‌های سلامت در ایران و جهان

- ۱- کدام یک جزو اهداف نظام سلامت نیست؟
الف) کارآمدی خدمات
ب) پاسخ‌گویی به مطالبات غیر بهداشتی درمانی
ج) عدالت اقتصادی
د) ایجاد مراکز جدید ارائه خدمات سلامت
- پاسخ: اهداف نظام سلامت: ارتقای سلامت، پاسخ‌گویی به مطالبات غیربهداشتی درمانی مانند رعایت حرمت و کرامت انسانی افراد، مشارکت مالی عادلانه در پرداخت هزینه‌ها و سودمندی (کارآمدی) خدمات.

پاسخ: (د)

۲- کدام یک جزو عملکردهای نظام سلامت نیست؟

(الف) تأمین و تخصیص مالی (ب) خلق منابع (ج) تولید (د) بهسازی محیط

پاسخ: عملکردهای نظام سلامت: ارائه خدمات سلامت، تولید، خلق منابع و تأمین و تخصیص مالی

پاسخ: (د)

۳- نظام‌های سلامت در تقسیم بندی Field بر چه اساسی دسته‌بندی نمی‌شوند؟

(الف) نقش دولت در سیاست گذاری های سلامت (ب) نقش دولت در ارائه خدمات سلامت

(ج) نقش دولت در تعیین اختیارات نظام سلامت (د) نقش دولت در تأمین و تخصیص مالی خدمات سلامت

پاسخ: در سیستم Field، دسته‌بندی نظام‌های سلامت براساس نقش دولت در سیاست‌گذاری‌های سلامت، ارائه خدمات سلامت، تأمین و تخصیص مالی انجام می‌شود.

پاسخ: (ج)

۴- در نظام سلامتی که «محدودیت رقابتی» وجود ندارد، رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات به چه صورت است؟

(الف) مستقیم (ب) مستقیم و غیرمستقیم ولی بیشتر مستقیم

(ج) مستقیم و غیرمستقیم ولی بیشتر غیرمستقیم (د) غیرمستقیم

پاسخ: نظام سلامتی که محدودیت رقابتی در آن وجود ندارد، نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد است که رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت در آن به صورت مستقیم است. مراجعه به صفحه ۱۵، انواع نظام‌های سلامت.

پاسخ: (الف)

۵- ضوابط و قوائد حاکم برا نظام مبتنی بر بازار آزاد توسط کدام ارگان (ها) تعیین می‌گردد؟

(الف) فقط توسط اتحادیه‌های صنفی

(ب) بیشتر توسط اتحادیه‌های صنفی و به مقدار بسیار کمی توسط دولت

(ج) توسط اتحادیه‌های صنفی و دولت به میزان یکسان

(د) بیشتر توسط دولت و به مقدار بسیار کمی توسط اتحادیه‌های صنفی

پاسخ: (ب)

۶- در کدام نوع از نظام‌های سلامت بازار ارائه خدمات نوعی بازار آزاد است ولی توسط اتحادیه‌های صنفی و تا حدودی دولت ارائه می‌شود؟

(الف) نظام‌های مبتنی بر بازار آزاد (Emergent) (ب) نظام‌های تکثرگرا (Pluralistic)

(ج) نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی (Social Security) (د) نظام‌های خدمات سلامت ملی (National Health Services)

پاسخ: (ب)

۷- در نظام‌های سلامت «بازارهای مدیریت شده» نقش دولت در کدام خدمت زیر بیشتر است؟

(الف) پیشگیری اولیه (ب) پیشگیری ثانویه (ج) پیشگیری ثالثیه (د) هیچکدام

پاسخ: در نظام‌های سلامت «بازارهای مدیریت شده»، بخش اعظمی از خدمات توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد ولی دولت درصد کمی از خدمات، به ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارائه می‌دهد.

پاسخ: (الف)

۸- در نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی دولت‌ها در کدام یک از موارد زیر نقش پررنگ‌تری دارند؟
 (الف) پیشگیری (ب) ارائه خدمات سلامت (ج) تأمین و تخصیص مالی خدمات (د) هیچکدام
 پاسخ: ج

۹- کدام جمله زیر درباره نظام‌های سلامت نادرست است؟
 (الف) در نظام‌های مبتنی بر بازار آزاد، کارکردهای سیستمیک و هماهنگ وجود ندارد.
 (ب) در نظام‌های تکثرگرا، ساختارهای بیمه بیشتر به صورت بیمه‌های خصوصی است.
 (ج) در نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی، اتحادیه‌های صنفی تقریباً نقشی ندارند.
 (د) در نظام‌های خدمات سلامت ملی و سوسیالیستی، تأمین مالی خدمات از طریق مالیات است.
 پاسخ: در نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی، نقش اتحادیه‌های صنفی پررنگ است ولی نه در حد دو نظام تکثرگرا و مبتنی بر بازار آزاد.
 پاسخ: ج

۱۰- کدام یک از گزینه‌های زیر درباره نظام سلامت ایران نادرست است؟
 (الف) سلامتی به‌عنوان حق مردم پذیرفته شده ← منطبق بر ویژگی‌های نظام سوسیالیستی
 (ب) الزامی بر ارائه خدمات سلامت نیست بلکه قانون بیمه همگانی برای مردم ارائه شده ← منطبق بر نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی
 (ج) مراقبت‌های سلامت اولیه به صورت دولتی ارائه می‌شود ← منطبق بر نظام سلامت تکثرگرا
 (د) پرداخت قسمت قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌ها به صورت مستقیم است ← منطبق بر نظام مبتنی بر بازار آزاد
 پاسخ: در نظام سلامت ایران، مراقبت‌های سلامت اولیه به صورت دولتی ارائه می‌گردد ← منطبق بر نظام خدمات سلامت ملی
 ارجاع به صفحه ۱۷، تطبیق نظام سلامت ایران با تقسیم‌بندی Field.
 پاسخ: ج

۱۱- کدام یک از موارد زیر جزو اقدامات انجام شده در سال ۱۳۶۴ هـ.ش نیست؟
 (الف) تغییر نام «وزارت بهداشت» به «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»
 (ب) تشکیل سازمان رسیدگی به امور قرنطینه و واکسیناسیون‌های عمومی
 (ج) اجرای طرح اصلاحات نظام سلامت کشور
 (د) اجرای طرح تشکیل و استقرار نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی
 پاسخ: تشکیل سازمان رسیدگی به امور قرنطینه و واکسیناسیون عمومی، اواخر دوران قاجار رخ داد.
 پاسخ: ب

۱۲- کدام یک از عوامل زیر دلیلی بر نیاز به اصلاحات در نظام‌های سلامت نیست؟
 (الف) افزایش سالمندان (ب) تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع
 (ج) تغییرات جهانی آب و هوا (د) تغییرات اقتصادی و ساختارهای سیاسی کشورها
 پاسخ: دلایل نیاز به اصلاحات در نظام‌های سلامت: گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و تغییر مشکلات سلامتی، گذر جمعیتی و افزایش سالمندان، توجه روزافزون به کیفیت زندگی در کنار کمیت آن، تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع و در نتیجه آن تغییر در عوامل خطر و مطالبات مردم، تغییرات اقتصادی و نظام و ساختارهای سیاسی کشورها.
 پاسخ: ج

فصل ۵: مراقبت‌های اولیه سلامت

- تعریف: مراقبت‌های سلامتی که به وسیله ارائه‌دهندگان سلامت در نخستین سطح تماس با مردم می‌گردد.

← پاسخ به نیازهای اساسی و اولیه مردم

← تا حد امکان در جایی که مردم کار و زندگی می‌کنند ارائه شود.

← طیف کامل خدمات (۱) پیشگیری، (۲) درمانی و (۳) بازتوانی را پوشش دهد.

- هدف: تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد و جامعه

*** مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)**

۱- هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی

۲- مشارکت مردمی: اگر مردم در تأمین سلامتی مشارکت نداشته باشند.
- نه نیازهای سلامتی به درستی درک می‌شود.
- نه می‌توان مناسب‌ترین راه حل را یافت.
- نه اجرای راهکار مقدور خواهد بود.

- از لحاظ علمی درست باشد.

- به روز باشد.

- امکانات بومی باشد.

- کشور قدرت پرداخت هزینه‌ها را داشته باشد.

- مورد قبول ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت باشد.

۳- روش‌های مناسب

۴- عدالت: خدمات متناسب با نیاز و نه متناسب با پرداخت ارائه شود.

۵- جامعیت خدمات

۶- تعهد سیاسی دولت‌ها

اصول مراقبت‌های اولیه سلامت

۱- آموزش سلامت، ۲- بهبود تغذیه، ۳- دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط، ۴- بهداشت مادر و کودک و باروری سالم، ۵- ایمن‌سازی و واکسیناسیون، ۶- مبارزه با بیماری‌ها، ۷- درمان مناسب بیماری‌ها و جراحی‌ها، ۸- دسترسی به داروهای اساسی، ۹- بهداشت دهان و دندان، ۱۰- سلامت روان، ۱۱- بهداشت حرفه‌ای، ۱۲- مدیریت و کاهش خطر بلاها و پیشگیری از سوانح

*** اجزای PHC در ایران**

- زیربنای اصلی نظام ارائه خدمات سلامت

- کاهش هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی در همه بخش‌ها

- در سال ۱۹۷۸ کنفرانس مراقبت‌های اولیه سلامت در آلمان تشکیل گردید.

*** مراقبت‌های اولیه سلامت**

- برای رعایت اندازه اقتصادی واحدهای ارائه‌دهنده خدمت ← جلوگیری از هدر رفتن منابع

۱- مراقبت‌های اولیه ← در سطح یک شامل خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت

- خدمات پیشگیری، بهداشتی و درمان‌های ساده و علامتی ← در خانه بهداشت و توسط بهورز یا در پایگاه سلامت توسط مراقب سلامت
- خدمات تکمیلی و درمان پزشکی ← در مراکز خدمات جامع سلامت
- در دسترس برای تمامی افراد جامعه

۲- مراقبت‌های سطح دوم ← در صورت نیاز برای دریافت خدمات پیچیده‌تر، ارجاع، تنها با تأیید پزشک مسئول مراقبت سامت در سطح اول (بجز موارد اورژانس) به سطوح تخصصی‌تر ← خدمات تخصصی‌تر پزشکی ← در بیمارستان‌های عمومی شهرستان‌ها

۳- مراقبت‌های سطح سوم ← خدمات تخصصی و فوق تخصصی ← در بیمارستان‌های (آموزشی) مراکز استان و سایر بیمارستان‌های فوق تخصصی برای افرادی که در سطح دوم نیاز به این خدمات برای آنها تشخیص داده شد.

* هرچه میزان پوشش PHC در جامعه بالاتر باشد ← سطح سلامت مردم نیز بالاتر ← نیاز به مراقبت‌های سطوح دوم و سوم کاهش

- شبکه با سطح‌بندی خدمات ← ارائه خدمات به‌صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل‌یافته
- ادغام خدمات مختلف ← مثال: یک کودک هنگام مراجعه نزد بهورز هم خدمت مرتبط با تغذیه را دریافت می‌کند هم ایمن‌سازی
- دسترسی جغرافیایی ← حداکثر فاصله افراد از این واحدها حداکثر ۱ ساعت پیاده‌روی و محل استقرار واحدهای بهداشتی درمانی در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد.
- دسترسی فرهنگی
- تناسب بین حجم خدمات و نیروی انسانی
- هزینه خدمات ← خدمات پیشگیرانه و سلامت عمومی رایگان و خدمات سطح دوم و سوم از طریق بیمه‌ها تأمین هزینه شود.

- استفاده از کارکنان غیرپزشک برای ارائه خدمات سلامت (بهورز).
- دقت بیشتر برای پرداختن به خدمات تخصصی
- جلوگیری از ارائه خدمات تکراری
- کاهش هزینه‌ها

- فراهم کردن خدمات تخصصی در غالب نظام ارجاع

واحدهای ارائه خدمات سلامت اولیه در کشور

- فانه بهداشت
 - محیطی ترین واحد ارائه خدمات روستایی
 - جمعیت تحت پوشش: حدود ۱۰۰۰ نفر در روستای اصلی و غالباً چند روستای دیگر (روستاهای کم)
 - کارکنان: بهورز ← معمولاً یک زن و یک مرد بومی همان روستا
- پایگاه سلامت
 - محیطی ترین واحد بهداشتی در مناطق شهری
 - جمعیت تحت پوشش: حدود ۱۲۵۰۰ نفر
 - کارکنان: مراقبین سلامت و ماما
- مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: معمولاً یک خانه بهداشت را در همان روستا و چند خانه بهداشت روستاهای دیگر را تحت پوشش دارد. جمعیت تحت پوشش: حدود ۹۰۰۰ نفر
- مرکز خدمات جامع سلامت شهری: جمعیتی حدود ۵۰ هزار نفر را پوشش می دهد.
- خدمات: پزشک عمومی (متخصص پزشکی خانواده)، دندان پزشک، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، داروساز، کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، کارشناس آزمایشگاه
- تسهیلات زایمانی
 - مستقر در منطقه روستایی فاقد دسترسی به بیمارستان
 - جمعیت تحت پوشش: ۴۰ هزار نفر
 - ارائه خدمات زنان و مامایی

- در کشور ما نظام پرداخت در سطوح ۲ و ۳ به صورت کارانه ایست (پرداخت به ارائه کنندگان خدمات براساس تعداد خدمت ارائه شده)

- زمینه ساز ایجاد تقاضای القایی
- افراد بدون رعایت نظام ارجاع و بدون نیاز به خدمات تخصصی به متخصص مراجعه می کنند ← این پزشک بدون اطلاع از اقدامات قبلی درخواست های متعدد و تکراری پاراکلینیک انجام داده ← بیمه ها ناتوان از جبران هزینه ها شده ← منابع مالی به جای هزینه در بخش پیشگیری به بخش درمان های تخصصی تخصیص می یابند

پزشک خانواده

- برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع یکی از مهم ترین راهبردهای اطلاع نظام سلامت است (مؤلف: بیمار به پزشک خانواده مراجعه می کند و پزشک در صورت نیاز بیمار رو به سطوح بالاتر ارجاع می دهد).
- پزشک خانواده مسئول هماهنگی و هدایت تیم ارائه دهنده خدمات سلامت در منطقه تحت پوشش خود می باشد. حتی پر از ارجاع فرد به سطوح تخصصی مسئولیت پیگیری پیامد ارجاع به عهده پزشک و تیم سلامت است.
- بنابراین پزشک خانواده باعث افزایش دسترسی، بهره مندی عادلانه، افزایش پاسخ گویی، کاهش هزینه ها و تقاضاهای القایی افزایش امید به زندگی، منطقی کردن خدمات تخصصی و اقدامات درمانی، تأمین و حفظ و ارتقای سلامت، افزایش پوشش بیمه و سلامت نگر کردن بیمه ها، کاهش مصرف خودسرانه دارو و کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال شد.
- نیروی انسانی مناسب
- نیاز برنامه پزشک خانواده
 - پرونده الکترونیک سلامت ← سامانه یک پارچه سلامت (سیب)

سؤالات برگزیده مراقبت‌های اولیه سلامت

۱- در کدام یک از کنفرانس‌های زیر، مراقبت‌های اولیه بهداشتی به عنوان کلید رسیدن به هدف سلامت برای همه مورد تصویب قرار گرفت؟

(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۰۱)

الف) آخرین کنفرانس صحت بین‌الملل در سال ۱۹۳۸

ب) کنفرانس بهداشت بین‌الملل در سال ۱۹۴۶

ج) کنفرانس بین‌المللی مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونسف ۱۹۷۸

د) اولین کنفرانس صحت بین‌الملل در سال ۱۸۵۱

پاسخ: کنفرانس مراقبت‌های اولیه سلامت در سال ۱۹۷۸ در آلماتا تشکیل گردید. از موارد مطرح شده در این کنفرانس: «سلامتی برای همه»، PHC و حق سالم زیستن مهم‌ترین هدف اجتماعی

پاسخ: ج)

۲- کدام یک از مداخلات زیر در رویکرد جامع در مراقبت‌های بهداشتی اولیه مطرح است؟

(علوم پایه پزشکی - آبان ۱۴۰۰)

الف) پیشگیری - غربالگری - درمانی - بازتوانی

ب) ارتقای - پیشگیری - نوتوانی - بازتوانی

ج) ارتقای - پیشگیری - درمانی - بازتوانی

د) ارتقای - غربالگری - درمانی - بازتوانی

پاسخ: ج)

۳- منظور از جامعیت خدمات در مراقبت‌های اولیه بهداشتی چیست؟

(علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۹)

الف) منابع و امکانات بگونه‌ای در اختیار مردم قرار گیرد که همه مردم جامعه صرف‌نظر از تفاوت‌ها به امکانات بهداشتی دسترسی داشته باشند.

ب) همه امکانات، ابزار، روش‌ها و نیروی انسانی مناسب و منطبق با شرایط جامعه در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کار گرفته شوند.

ج) همه مردم جامعه در ایجاد، نگهداری و استفاده از خدمات بهداشتی و پیشگیری فعالیت داشته باشند.

د) مراقبت‌های بهداشتی اولیه در برگیرنده مداخلات ارتقای، پیشگیری کننده و باز توانی باشد.

پاسخ: د)

۴- کدام یک از موارد زیر از اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه به شمار نمی‌آید؟

(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۹)

الف) بهبود وضع تغذیه

ب) گسترش برنامه ایمن‌سازی

ج) عدالت

د) تأمین و تدارک داروهای اساسی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۲۰، اجزای PHC در ایران.

پاسخ: ج)

۵- خدمات بیمارستان‌های تخصصی جزء کدام سطح از سطوح مراقبت‌های سلامتی محسوب می‌شود؟

(پزشکی علوم پایه - شهریور ۱۳۹۸)

الف) اول

ب) دوم

ج) سوم

د) چهارم

پاسخ: خدمات بیمارستان‌های تخصصی جزء مراقبت‌های سطح سوم محسوب می‌شود.

پاسخ: ج)

۶- محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات در نظام سلامت کدام است؟

(پزشکی علوم پایه - شهریور ۱۳۹۸)

الف) بیمارستان تخصصی

ب) بیمارستان عمومی

ج) مرکز بهداشتی درمانی

د) خانه بهداشت

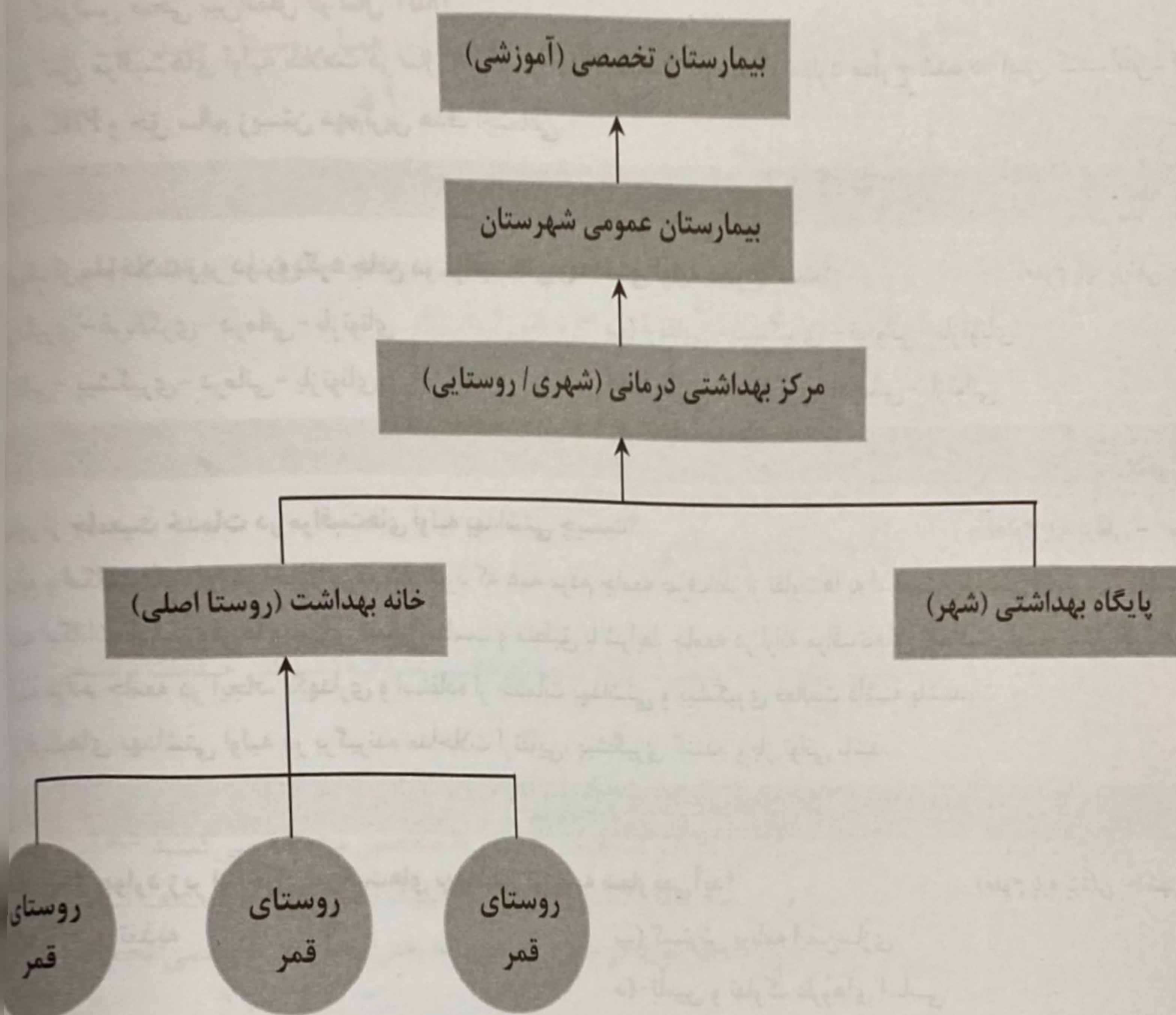
پاسخ: خانه بهداشت محیطی‌ترین واحد ارائه دهنده خدمات در نظام سلامت ایران است.



پاسخ: د)

۷- ترتیب صحیح واحدهای ارائه دهنده خدمت در سیستم ایران کدام است؟

- الف) روستاهای اقماری، روستای اصلی دانشگاهی مرکز استان، مرکز بهداشت درمانی، بیمارستان عمومی شهر
 ب) روستاهای اصلی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان دانشگاهی مرکز استان
 ج) روستای اصلی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان عمومی شهر، بیمارستان دانشگاهی مرکز استان
 د) روستای اقماری، روستای اصلی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان
- پاسخ: در روستای قمر واحد ارائه کننده خدمات سلامت وجود ندارد.



پاسخ: ج)

۸- کدام یک از اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران نیست؟

- الف) آموزش سلامت ب) بهسازی محیط ج) بهداشت دهان و دندان د) حمایت از افراد مسن

پاسخ: د)

۹- کدام یک از جملات زیر نادرست است؟

- الف) سطح‌بندی مراقبت‌های سلامت باعث جلوگیری از هدر رفت منابع می‌شود.
 ب) خانه‌های بهداشت جزو مراکز خدمات سلامت سطح یک هستند و مسئول ارائه خدمات در آنها به‌ورزها می‌باشند.
 ج) مراکز خدمات جامع سلامت در سطح دوم مراقبت‌های بهداشتی قرار دارند و پزشک عمومی از ارائه دهندگان خدمات سلامت این مراکز به شمار می‌رود.

د) خدمات سطح سوم در بیمارستان‌های آموزشی مراکز استان ارائه می‌شوند.

پاسخ: مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی قرار دارند.

پاسخ: ج)

۱۰- کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح می‌باشد؟

(تالیفی)

الف) هر چه پوشش PHC بالاتر باشد نیاز مردم به مراقبت‌های سطوح دوم و سوم کاهش می‌یابد.

ب) حداکثر فاصله افراد از مراکز بهداشتی درمانی سطح اول باید در حد یک ساعت رانندگی باشد.

ج) در تمام سطوح مراقبت‌های بهداشتی یک پزشک باید در مرکز ارائه خدمت مستقر باشد.

د) مراقبت‌های اولیه سلامت حتی اگر مورد قبول گیرندگان خدمات نباشند، باید ارائه شوند.

پاسخ: حداکثر فاصله افراد از مراکز بهداشتی درمانی سطح اول باید در حداکثر ۱ ساعت پیاده روی باشد و محل استقرار واحدهای بهداشتی درمانی در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد (گزینه ب). خدمات سلامت در خانه بهداشت و توسط بهورز ارائه می‌شود (گزینه ج). مراقبت‌های اولیه سلامت باید مورد قبول ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت باشد (گزینه د).

پاسخ: الف)

۱۱- جمعیت تحت پوشش کدام یک از واحدهای ارائه خدمات سلامت زیر بیشتر است؟

(تالیفی)

الف) خانه بهداشت (ب) پایگاه سلامت (ج) مرکز خدمات جامع سلامت روستایی (د) تسهیلات زایمانی

پاسخ: جمعیت تحت پوشش ← خانه بهداشت: حدود ۱۰۰۰ نفر در روستای اصلی و غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر) - پایگاه سلامت: حدود ۱۲۵۰۰ نفر - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: حدود ۹۰۰۰ نفر - مرکز خدمات جامع سلامت شهری: حدود ۵۰ هزار نفر - تسهیلات زایمانی: حدود ۴۰ هزار نفر

پاسخ: د)

۱۲- برنامه پزشک خانواده باعث تمام موارد زیر شده بجز:

(تالیفی)

الف) افزایش امید به زندگی (ب) کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال

ج) سلامت نگر کردن بیمه‌ها (د) کاهش مرگ و میر مادران

پاسخ: مراجعه به صفحه ۲۲، قسمت «پزشک خانواده».

پاسخ: د)

فصل ۶: عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت

عوامل اجتماعی

- تعریف تعیین کننده های اجتماعی سلامت: «شرایطی که در آن افراد رشد می کنند، زندگی می بزرگ می شوند و در آن با بیماری مقابله می کنند. شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی که زندگی را تشکیل می دهد و آنها در آن شرایط به دنیا آمده و سپس می میرند.» ← سلامت افراد و جمعیت تحت تأثیر قرار می دهند.
- نابرابری اجتماعی ← دلیل اصلی و قابل اجتناب اختلاف در پیامدهای سلامتی و امید به زندگی در مختلف و حتی طبقات اجتماعی مختلف یک جامعه
- یک سری از این عوامل
 - محل اقامت
 - شغل
 - تحصیلات
 - ارزش ها
 - نژاد
 - جنس
 - فرهنگ
 - سرمایه اجتماعی
- * مرگ کودکان زیر ۵ سال ← شاخصی از سلامت جوامع ← در کشور ایران ۱۴ به ازای هر هزار تولد

موقعیت اجتماعی اقتصادی

- سطح سلامتی پایین ← سطح اقتصادی - اجتماعی پایین
- حمایت اجتماعی از افراد جامعه ← افزایش سطح سلامتی افراد ← افزایش سطح سلامتی جامعه
- توسعه کشور ← نمود این توسعه در سطوح اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ...
- کشورهای دارای سطح بالای نابرابری ← انسجام اجتماعی کمتر و خشونت بیشتر

محرومیت های اجتماعی

- تعریف: عدم برخورداری از مزایا، حمایت، فرصت ها، مشارکت و مهارت های اجتماعی
- محرومیت اجتماعی ← تبعیض و احساس ننگ ← اضطراب طولانی مدت ← آسیب روانی
- گروه های در معرض محرومیت اجتماعی
 - زنان
 - مهاجرین
 - افراد مجرد
 - خانواده هایی که مسکن اجاره ای دارند.
 - افراد بالای ۶۵ سال (مسن)
 - افراد دارای ناتوانی یا مبتلا به بیماری مزمن
 - افرادی که در دبستان ترک تحصیل می کنند.
 - خانواده های تک والد

اشتغال و استخدام

- ایجاد فرصت های شغلی مناسب برای افراد بالای ۱۵ سال توسط دولت ← ارتقای کیفیت زندگی سلامت فرد ← ارتقای سلامت جامعه و موجب توسعه کشور
- بیکاری
 - در سطح فردی ← انواع بیماری های جسمی و روانی
 - در سطح جامعه ← خشونت و ناهنجاری اجتماعی

مسکن و محل زندگی

- مسکن مناسب ← کاهش محرومیت اجتماعی و بیماری جسمی و روانی ناشی از آن
- افراد در معرض زندگی در خانه‌های نامناسب
 - افراد جوان
 - افراد با ناتوانی درازمدت
 - افراد با درآمد پایین یا بدون منبع درآمد
- افراد کارتن خواب
 - بیشترین گروه سنی ← ۳۵ تا ۴۰ سال
 - بازدارنده توسعه و حرکت چرخ اقتصادی کشور
 - اعتیاد، فقر و مشکلات خانوادگی ← علل عمده بی‌خانمانی این افراد

سلامت بهتر از طریق مداخله در مؤلفه‌های اجتماعی

- تمرکز عملکرد دولت‌ها روی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت
 - باعث
 - پیشگیری از بی‌عدالتی در سلامت
 - پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های مزمن
 - کاهش هزینه سالانه بیمارستان‌ها
- چهار حیطه اصلی
 - تکامل ابتدای کودکی
 - اشتغال مناسب
 - حمایت اجتماعی
 - محیط زندگی
 ← بیشترین تأثیر روی سلامت افراد
- بنیاد سلامت بالغین در دوران کودکی و قبل از تولد نهاده می‌شود
 - حمایت ناکافی هیجانی در دوران کودکی ← سلامت جسمی و روانی
 - کندی رشد و تکامل
- شرایط نامناسب دوران بارداری مثل
 - سیگار، الکل و مواد مخدر
 - تغذیه نامناسب
 - استرس
 - عدم فعالیت فیزیکی
 ← زمینه‌ساز انواع بیماری‌ها در بزرگسالی

فقر

- اثر چشمگیری روی مرگ زودرس و سلامتی (به‌ویژه ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی)
- افراد در خطر فقر
 - افراد بیکار
 - اقلیت‌های قومیتی
 - افراد بی‌خانمان
- فقر مطلق ← نداشتن امکانات اولیه زندگی
- فقر نسبی ← درآمد کمتر از ۶۰٪ میانه جمعیت ← دسترسی این افراد به مسکن، آموزش و حمل و نقل مناسب نیست
- محدودیت در مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی
- دسترسی به خدمات سلامت هم در این افراد محدود است. ← به خطر افتادن سلامتی فرد
- زندگی در فقر برای
 - خانم‌های باردار
 - نوزادان و کودکان
 - سالمندان
 ← مخاطره‌آمیزتر است.

محروریت اجتماعی ← فقر و محرومیت اجتماعی ← افزایش خطر طلاق، اعتیاد، ناتوانی و بیماری ← افزایش فقر

فقر

- سیاست گذاری روی مالیات

- فراهم آوردن آموزش

- ایجاد اشتغال

- مدیریت اقتصاد

- روش های دولت ها برای پیشگیری از فقر

سیاست گذاری با توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

- ارائه خدمات پیشگیری قبل از اولین بارداری

- تأسیس مرکز ارائه خدمات سلامت برای کودکان

- ارتقاء سطح آموزش در مدارس

- افزایش آگاهی والدین

- در جوامع با سطح اجتماعی اقتصادی پایین،
پیشگیری از مضامرات رشد و نمو دوران کودکی با

- تأمین آگاهی والدین از منبع صحیح ← شناسایی نیازهای واقعی فرزندان ← پیشگیری از آسیب رسیدن به آنها توسط والدین ناآگاه

- از طریق ویزیت های در منزل

- از طریق مدارس

- اطمینان از ارتباط مناسب بین والدین و کودک

سؤالات برگزیده عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت

۱- کدام یک از جملات زیر نادرست است؟

(تالیفی)

الف) نابرابری اجتماعی دلیل اصلی و غیرقابل اجتناب اختلاف در سلامتی در جوامع مختلف است.

ب) مرگ کودکان زیر ۵ سال شاخصی از سلامت جوامع است که در ایران ۱۴ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده است.

ج) بیشترین گروه سنی در افراد کارتن خواب، ۳۵ تا ۴۰ سال می باشند.

د) عدم برخورداری از فرصت ها، مشارکت و مهارت های اجتماعی می تواند باعث آسیب روانی شود.

پاسخ: نابرابری اجتماعی دلیل اصلی و قابل اجتناب در پیامدهای سلامتی و امید به زندگی در جوامع مختلف و حتی طبقه های اجتماعی مختلف یک جامعه می باشد (گزینه الف).

تعریف محرومیت اجتماعی: عدم برخورداری از مزایا، حمایت، فرصت ها، مشارکت و مهارت های اجتماعی محرومیت اجتماعی ← احساس تبعیض و ننگ ← اضطراب طولانی مدت ← آسیب روانی (گزینه د)

پاسخ: الف

۲- کدام یک از موارد زیر جزء چهار حیطه اصلی مؤلفه های اجتماعی مورد تمرکز دولت ها نیست؟

(تالیفی)

الف) تکامل ابتدای کودکی

ب) اشتغال مناسب

ج) سطح سواد

د) محیط زندگی

پاسخ: تمرکز دولت‌ها روی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت چهار حیطه اصلی دارد که شامل (۱) تکامل ابتدای کودکی، (۲) اشتغال مناسب، (۳) حمایت اجتماعی و (۴) محیط زندگی است. این چهار حیطه بیشترین تأثیر را بر سلامت افراد دارند.

پاسخ: ج

۳- تمرکز دولت‌ها روی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت باعث همه موارد زیر می‌شود به جز:

(تالیفی)

- الف) پیشگیری از بی‌عدالتی در سلامت
ب) پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های مزمن
ج) کاهش هزینه سالانه بیمارستان‌ها
د) پیشگیری از آلوده شدن محیط زیست انسان‌ها

پاسخ: د

۴- کدام جمله درباره فقر صحیح نیست؟

(تالیفی)

الف) اثر چشمگیری روی مرگ زودرس و سلامتی (به‌ویژه ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی) دارد.

ب) فقر مطلق عبارت است از نداشتن امکانات اولیه زندگی.

ج) فقر نسبی داشتن درآمد کمتر از ۴۰٪ میانه جمعیت است.

د) افراد دچار فقر نسبی دسترسی محدود شده‌ای به خدمات سلامت دارند.

پاسخ: فقر نسبی عبارت است از درآمد کمتر از ۶۰٪ میانه جمعیت. در این افراد مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و دسترسی به خدمات سلامت محدود می‌شود که باعث به خطر افتادن سلامتی آنهاست.

پاسخ: ج

فصل ۲: آموزش و ارتقای سلامت

- تعریف ارتقای سلامت: فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد که بر سلامتی خود کنترل داشته باشند و آن را بهبود بخشند.
- ارتقای سلامت شامل عملکرد سازمان‌های مختلف است و مجموعه‌ای از فرایندهاست که نه تنها در پی تقویت مهارت‌های افراد بلکه به دنبال تغییر شرایط اجتماعی، محیطی و ... تأثیرگذار بر سلامت است.

- هدف: «سلامت برای همه» تا سال ۲۰۰۰

- حمایت: جهت‌دهی شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی در راه
- ارتقاء سلامت
- توانمندسازی: توانمند کردن مردن برای رسیدن به عدالت در سلامت
- میانجی‌گری: مشارکت بین تمامی بخش‌ها

- استراتژی

- اُتاوا (۱۹۸۶)

بخشی از تاریخچه
کنفرانس‌های
ارتقاء سلامت

- سلامت به عنوان منبع زندگی روزمره نه هدف زندگی

- هلستینکی (۲۰۱۳) ← مفهوم «سلامت در همه سیاست‌ها»

- ۱- حکمرانی خوب: دولت‌ها تأثیرات سیاست‌های خود را روی سلامتی در نظر بگیرند ← مثلاً: قرار بستن کمربند ایمنی
- ۲- سواد سلامت ← مردم نیازمند کسب دانش، مهارت و اطلاعات برای انتخاب‌های سالم هستند.
- ۳- شهرهای سالم ← رهبری و تعهد قوی در سطح شهرداری‌ها برای برنامه‌ریزی شهری سالم اقدامات و پیشگیری و تسهیلات مراقبت‌های اولیه اساسی هستند.

ابعاد ارتقای سلامت

- تعریف: درمان شرایط مرتبط با سلامتی به منظور ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها
- مثال: واکسیناسیون
- مزایا: اثرات آن به راحتی قابل سنجش است.
- معایب: (۱) تعیین‌کننده‌های وسیع‌تر سلامت را در نظر نمی‌گیرد. (۲) در این رویکرد سلامت نداشتن بیماری است.

۱- رویکرد پزشکی

* رویکردهای ارتقای سلامت
← براساس نظریه اسکریپتون

- تعریف: تشویق افراد به تغییر رفتارهایشان
- مثال: برنامه ترک سیگار
- مزایا: در ابتدا سنجش موفقیت آسان است.
- معایب: (۱) نمی‌توان به راحتی نشان داد که ارتباطی بین مداخله و هرگونه تغییر بعدی وجود دارد. (۲) وابسته به افراد کارشناس در مراحل مختلف تغییر رفتار است.

۲- رویکرد تغییر رفتار

۴۵

- تعریف: افزایش دانش افراد برای تغییر رفتار مرتبط به سلامت ← افراد را مجبور به انجام رفتار خاصی نمی‌کند (برخلاف رویکرد تغییر رفتار)
- مثال: افزایش آگاهی در مورد منافع ترک سیگار
- مزایا: توانمند کردن افراد در راستای افزایش دانش و تغییر نگرش
- معایب: (۱) وقت‌گیر است. (۲) ممکن است فرد علی‌رغم داشتن آگاهی انتخاب درست نکند ← تغییر نگرش نیز مهم است.

۳- رویکرد آموزشی

- تعریف: تأکید بر دیدگاه‌های افراد و کمک به آنها در تشخیص نیازهای سلامتی‌شان و قادر ساختن آنها به رفع این نیازها.
- مثال: صحبت با فرد دارای اضافه وزن که نمی‌خواهد تغییری در تغذیه‌اش بدهد و فقط می‌خواهد فعالیت بدنی‌اش را افزایش دهد.
- مزایا: دیدن موضوع از منظر مراجعه‌کننده و دادن اجازه تصمیم‌گیری به آنها
- معایب: تغییر رفتار وقت‌گیر است.
- * می‌تواند در سطح فردی یا جامعه انجام شود.

۴- رویکرد توانمندسازی
مراجع - محور

- تعریف: تغییر جامعه برای تسهیل ارتقاء سلامت
- مثال: جریمه مصرف سیگار در اماکن عمومی
- مزایا: توجه به موضوعات اجتماعی و سیاست‌گذاری
- معایب: رویکرد بالا به پایین است.

۵- رویکرد تغییر اجتماعی

* رویکردهای ارتقای سلامت
← براساس نظریه اسکریون

- * برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه سلامت و طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است.
- مرحله اول: تشخیص اجتماعی یا ارزیابی کیفیت زندگی ← سنجش تعیین‌کننده‌های اجتماعی که بر کیفیت زندگی (سلامت) اثر می‌گذارند، با استفاده از پرسشنامه، مشاهده یا مصاحبه
- مرحله دوم: ارزیابی اپیدمیولوژیکی ← بررسی آمار و ارقام اپیدمیولوژیک مانند بروز و شیوع بیماری‌ها
- مرحله سوم: ارزیابی رفتاری و محیطی
 - شاخص‌های رفتاری: مصرف دارو، پذیرش و توصیه‌های پزشک و ...
 - عوامل محیطی: محیط اقتصادی، نحوه دسترسی و

مدل پرسیر - پرسیر (PRECEDE-PROCEED)

* مدل‌های ارتقاء سلامت

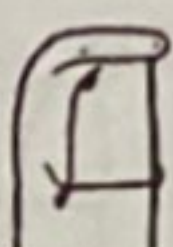
* ضروری‌ترین قسمت مدل

- ۱- عوامل زمینه‌ساز: انگیزه یا دلیل اساسی را برای رفتار فراهم می‌کند
← معلومات، نگرش‌ها، دانش
- ۲- عوامل تقویت‌کننده ← حمایت اطرافیان، والدین، دوستان، همسالان، معلمان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
- ۳- عوامل توانمندساز ← دسترسی به خدمات، وجود منابع و قوانین و مقررات برای انجام یک رفتار ← مانند افزایش مالیات سیگار

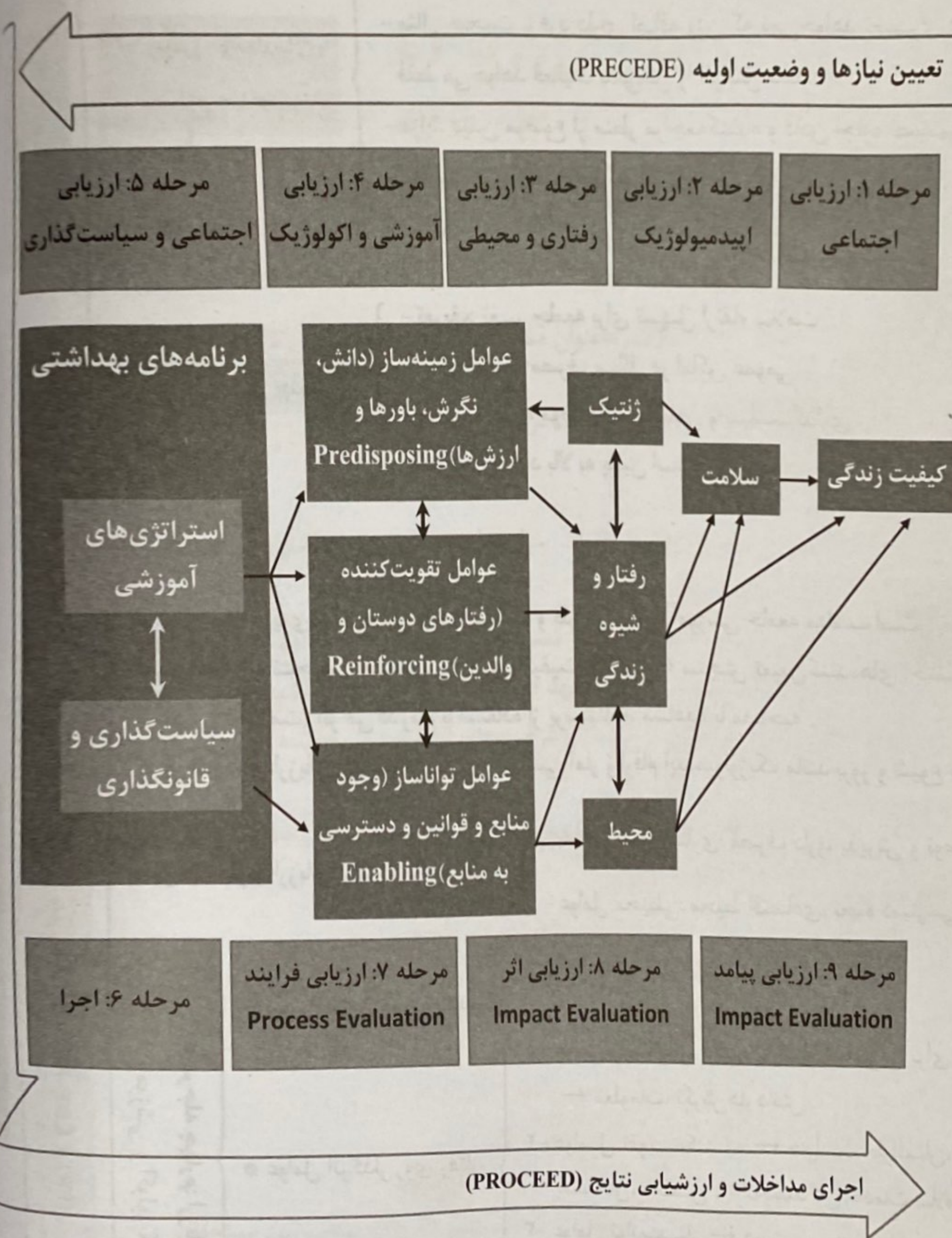
* عوامل اثرگذار روی رفتار

• مرحله چهارم: ارزیابی آموزشی و اکولوژیک

۴۶



- مرحله پنجم: ارزیابی اجرایی و سیاست گذاری ← برنامه ریزی از نظر اجرا شامل تعیین روند کار، تعیین نیروی انسانی
- مرحله ششم: اجرا ← مداخله براساس ارزیابی انجام شده در مرحله قبل
- مرحله هفتم: ارزشیابی فرایند ← روند انجام مراحل با استانداردهای مشخص شده مقایسه می گردد برنامه قبل از گسترده شدن آن
- مرحله هشتم: ارزیابی اثر ← متمرکز روی اثرات فوری. پاسخ به سؤال «آیا برنامه روی رفتار و محیط اثر یا نه»
- مرحله نهم: ارزیابی پیامد ← برنامه در درازمدت روی کیفیت زندگی و وضعیت بهداشتی تأثیر داشته یا نه

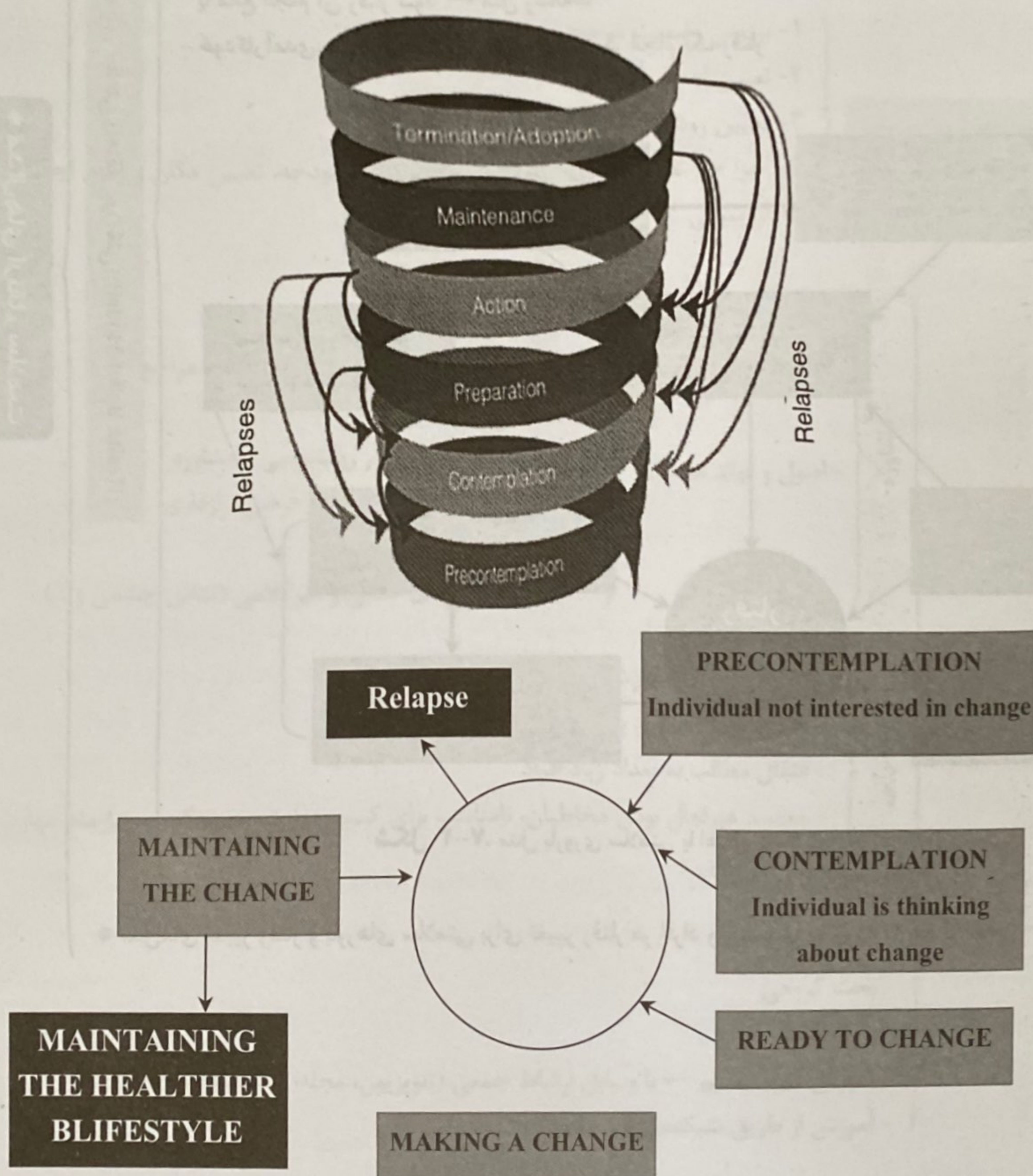


شکل ۱-۷. مراحل مدل پرسید - پروسید

* مدل های ارتقاء سلامت

- مدل پرسید - پروسید (PRECEDE-PROCEED)

- افراد قبل از تغییر رفتار، مراحل را به شرح زیر باید طی کنند.
- ۱- پیش قصد: فرد هیچ قصدی برای در پیش گرفتن سلامتی با تغییر رفتار ندارد ← باید آگاهی را افزایش داد و مشکل سلامت مربوط به رفتار را توضیح داد.
 - ۲- قصد: فرد قصد دارد طی یک مدت زمان مشخص رفتار مورد نظر را تغییر دهد. مثلاً می‌گوید «من می‌خواهم سیگار را ترک کنم ولی فعلاً نمی‌توانم». ← بهتر است منافع ترک رفتار را برای او توضیح داد.
 - ۳- آمادگی: فرد آماده تغییر است و تا یک ماه آینده می‌تواند اقدام کند ← موانع ترک رفتار و راه‌های غلبه بر آن توضیح داده شود.
 - ۴- عمل: فرد تغییر مورد نظر را کمتر از ۶ ماه است که انجام داده ← دادن برنامه به مراجعه‌کننده و پایش وی.
 - ۵- تداوم: فرد بیش از ۶ ماه است که رفتار را کنار گذاشته ← پیگیری وی و جلوگیری از بازگشت (relapse)



شکل ۲-۷. مدل مراحل تغییر به دو شکل حلقوی و مارپیچی

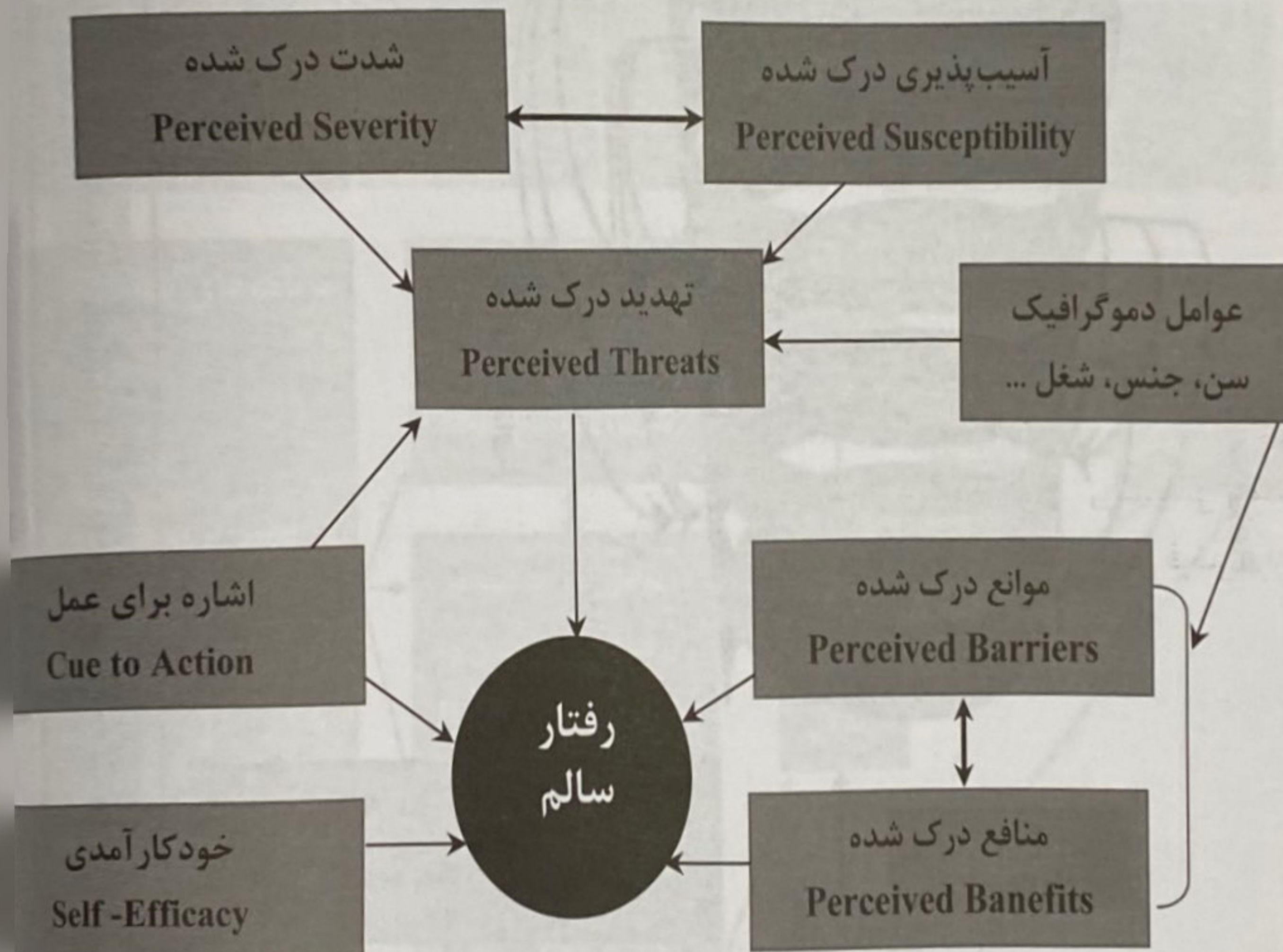
- مدل مراحل تغییر (Stage of Change Model/ Transbiomical Model/ Transtheoretical Model)

* مدل‌های ارتقاء سلامت

۴۵

- آسیب‌پذیری شخص نسبت به بیماری یا عامل خطر ← آسیب‌پذیری درک شده
- عوامل جدی بالقوه ناشی از عدم انجام رفتار سلامت ← شدت درک شده
- باور به اینکه اقداماتی وجود دارند که می‌توانند آسیب‌پذیری و عوارض را کم کنند ← منافع درک شده
- باور به اینکه منافع انجام یک رفتار سالم بیش از هزینه رفع موانع آن است ← موانع درک شده
- گروهی از باورها هستند که انجام یک رفتار سلامتی را باعث می‌شوند.

- اشاره برای عمل (Cue to action): راهنماهایی در اطراف که می‌توانند فرد را به سمت رفتار مورد نظر سوق دهند یا مانع انجام آن رفتار شود ← مثل رسانه‌ها
- خودکارآمدی: باور فرد به توانایی‌های خودش در انجام یک رفتار



شکل ۳-۷. مدل باروری سلامتی یا اعتقاد بهداشتی

* مدل‌های تغییر رفتار و باورهای سلامتی برای تغییر رفتار در افراد و پیشبینی رفتارها کاربرد دارند.

مدل باور سلامتی (اعتقاد بهداشتی) (Health Belief Model)

* مدل‌های ارتقاء سلامت

- تعریف

- **گریفیت:** از بین بردن شکاف بین آنچه سلامتی مطلوب تلقی می‌شود و آنچه واقعاً وجود دارد.
- **سیموند:** تغییر رفتارها، که به سلامتی منجر شوند.

* آموزش سلامت زیرمجموعه ارتقاء سلامت است. هدف از آموزش سلامت بالا بردن آگاهی‌ها برای تغییر رفتار افراد و جوامع در راستای جامعه‌ای سالم است.

- ارتباط مؤثر در آموزش سلامت ← پیام سلامت باید

- درست - متناسب - پایا (غیرقابل انکار در طول زمان)
- در دسترس - به موقع - مبتنی بر شواهد

- مراحل برنامه‌ریزی آموزشی

- ۱- بررسی وضعیت موجود
- ۲- تعیین اهداف آموزشی
- ۳- تعیین روش‌های آموزشی
- ۴- اجرا ← تعیین مجری، تخمین نیروی انسانی و بودجه، تعیین مکان و زمان اجرا
- ۵- ارزشیابی

- مشاوره

- فرآیند دوطرفه و تعاملی
- صداقت، احترام، همدلی، توجه به نیازهای مراجع
- تهیه برنامه و تعیین هدف
- دانش و مهارت کافی در روانشناسی و مشاوره
- قضاوت نکردن و نداشتن پیش فرضی، رازداری
- ارائه اطلاعات به زبان مراجع
- داشتن مهارت‌های کلامی و غیرکلامی (تماس چشمی و ...)

- روش‌های آموزش

- سخنرانی

- رایج‌ترین روش آموزش
- انتقال دادن مفاهیم پایه به مخاطب
- انتقال مطالب به تعداد زیاد افراد
- معایب: غیرفعال بودن مخاطبان، نامناسب برای کسب مهارت، خسته‌کننده، نیازمند مهارت کلامی کافی

- ایفای نقش

- بحث گروهی

- بارش افکار

- آموزش غیرمستقیم ← با وسایل ارتباط جمعی (تلویزیون، مجله، پمفلت و ...)

- آموزش از طریق شبکه‌های اجتماعی

سوالات برگزیده آموزش و ارتقای سلامت

۱- بررسی‌ها در مناطق شهری کشور نشان می‌دهند عامل مهمی که وضعیت فعالیت فیزیکی را در جوانان تحت تأثیر قرار می‌دهد عدم انجام فعالیت مناسب فیزیکی در دوستان این افراد است. براساس الگوی پریسید - پروسید، این عامل جزء کدام دسته عوامل زیر قرار می‌گیرد؟

(الف) زمینه‌ساز (ب) تقویت کننده (ج) قادر کننده (د) مستعد کننده

پاسخ: عوامل زمینه‌ساز: انگیزه یا دلیل اساسی را برای رفتار فراهم می‌کنند ← معلومات، نگرش‌ها، دانش عوامل تقویت کننده ← حمایت اطرافیان، والدین، دوستان، همسانان، معلمین و ارائه دهندگان خدمات سلامت عوامل توانمندساز ← دسترسی به خدمات، وجود منابع و قوانین و مقررات برای انجام یک رفتار. مثلاً افزایش مالیات سیگار.

(پاسخ: ب)

۲- کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد تعریف ارتقای سلامت صحیح است؟

(الف) ارتقای سلامت عبارت است از فعالیت‌هایی که به منظور افزایش آگاهی و دانش مردم در موضوعات مرتبط با سلامت صورت می‌گیرد.

(ب) منظور از ارتقای سلامت، مجموعه تغییراتی است که در محیط اقتصادی و اجتماعی به منظور ایجاد بستر مناسب برای تغییر رفتار بهداشتی ایجاد می‌شود.

(ج) ارتقای سلامت، مجموعه اقدامات آموزشی و حمایت‌های محیطی است که به منظور تغییر رفتارهای سلامت صورت می‌گیرد.

(د) مجموعه اقداماتی است که تلاش می‌کند فاصله میان نگرش و آگاهی را پر کند.

پاسخ: ارتقای سلامت فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد که بر سلامتی خود کنترل داشته باشند و آن را بهبود بخشند. ارتقای سلامت شامل عملکرد سازمان‌های مختلف است و مجموعه‌ای از فرایندهاست که نه تنها در پی تقویت مهارت‌های افراد است، بلکه به دنبال تغییر شرایط اجتماعی، محیطی و ... تأثیرگذار بر سلامت است.

(پاسخ: ج)

۳- در یک جامعه متخصصان برای ارتقای برنامه ترک سیگار قصد دارند از تئوری مراحل تغییر استفاده کنند. در فرآیند برنامه‌ریزی و گروه‌بندی افراد، تعدادی از افراد به وجود عوارض مصرف سیگار پی برده و ترک سیگار را در نظر گرفته‌اند و آماده برنامه‌ریزی برای ترک سیگار هستند، این افراد در کدام گروه قرار می‌گیرند؟

(الف) پیش قصد (ب) قصد (ج) تدارک (آمادگی) (د) عمل

پاسخ: آمادگی: فرد آماده تغییر است و تا یک ماه آینده می‌تواند اقدام کند. مراجعه به صفحه ۳۳، مدل مراحل تغییر.

(پاسخ: ج)

۴- براساس الگوی مراحل تغییر (Prochaska et al, 1979)، اگر فردی در فرآیند تغییر رفتار، به وجود مشکل پی برده باشد و تغییر رفتار را در نظر گرفته باشد ولی هنوز آماده تعهد برای انجام آن نباشد در کدام مرحله قرار دارد؟

(علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۹)

(الف) پیش قصد (ب) تدارک (ج) قصد (د) حفظ

پاسخ: قصد: فرد قصد دارد طی یک مدت زمان مشخص رفتار مورد نظر را تغییر دهد.

(پاسخ: ج)

۵- مهم‌ترین مفهوم ارتقای سلامت (Health Promotion) کدام گزینه زیر است؟

(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۹)

(الف) توانمندسازی مردم در تصمیم‌گیری برای سلامت خود

(ب) ارتقای آگاهی بهداشتی مردم به منظور تغییر رفتار

- (ج) تغییر فرهنگ بهداشتی مردم جهت توسعه اقتصادی و اجتماعی
(د) ایجاد هماهنگی‌های درون بخشی برای توسعه سلامت جامعه

پاسخ: ب)

- ۶- عبارت زیر بیانگر برداشت فرد از کدام بخش از الگوی باور بهداشت است؟
(پزشکی علوم پایه نوین - شهریور ۱۳۹۸)

«اگر سیگار بکشم ممکن است من هم مثل سایرین به سرطان ریه مبتلا شوم»

الف) محرک محیطی

ب) میزان شدت بیماری

ج) میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری

د) میزان منافع ترک اقدام غیر بهداشتی

پاسخ: در مدل «باور سلامتی»، یکی از باورهایی که یک رفتار سلامتی را باعث می‌شود، آسیب‌پذیری شخص نسبت به عامل خطر یا بیماری است. مراجعه به صفحه ۳۴، مدل «باور سلامتی».

پاسخ: ج)

- ۷- «سلامت به عنوان منبع زندگی روزمره نه هدف زندگی» در کدام کنفرانس مطرح شد؟
(تالیفی)

الف) آلماتا ۱۹۷۸

ب) اتاوا ۱۹۸۶

ج) نایروبی ۲۰۰۹

د) هلسینکی ۲۰۱۳

پاسخ: ب)

- ۸- کدام یک جزء ابعاد ارتقای سلامت نیست؟
(تالیفی)

الف) حکمرانی خوب

ب) سواد سلامت

ج) شهرهای سالم

د) عدالت اجتماعی

پاسخ: ارجاع به صفحه ۳۰، قسمت ابعاد ارتقای سلامت

پاسخ: د)

- ۹- کدام جمله درباره رویکردهای ارتقاء سلامت نادرست است؟
(تالیفی)

الف) در رویکرد تغییر رفتار، در ابتدا سنجش موفقیت آسان است.

ب) در رویکرد آموزشی برخلاف رویکرد تغییر رفتار، فرد مجبور به انجام رفتار خاصی نمی‌شود.

ج) در رویکرد آموزشی، داشتن آگاهی برای انتخاب درست کافی است.

د) رویکرد توانمندسازی مراجع محور، می‌تواند در سطح فردی یا جامعه انجام شود.

پاسخ: از معایب رویکرد آموزشی این است که فرد علیرغم داشتن آگاهی ممکن است درست انتخاب نکند ← تغییر نگرش نیز مهم است. مراجعه به صفحه ۳۱، رویکردهای ارتقای سلامت.

پاسخ: ج)

- ۱۰- کدام مدل از مدل‌های ارتقای سلامت برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه سلامت و طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است؟
(تالیفی)

الف) مدل پرسید - پروسید

ب) مدل مراحل تغییر

ج) مدل باور سلامتی

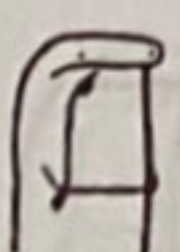
د) گزینه ب و ج

پاسخ: مدل پرسید - پروسید برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه سلامت و طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است. مدل‌های تغییر رفتار و باورهای سلامتی برای تغییر رفتار در افراد و پیشبینی رفتارها کاربرد دارند.

پاسخ: الف)

- ۱۱- کدام جمله زیر نادرست است؟
(تالیفی)

الف) ضروری‌ترین قسمت مدل پرسید - پروسید مرحله اجرا است.



ب) رسانه‌ها نوعی Cue to action (اشاره برای عمل) هستند.

ج) در مدل پرسید - پروسید ارزشیابی اثر متمرکز روی اثرات فوری است و ارزیابی پیامد تأثیر برنامه در دراز مدت (زی) زندگی را بررسی می‌کنند.

د) آموزش سلامت زیر مجموعه ارتقای سلامت است.

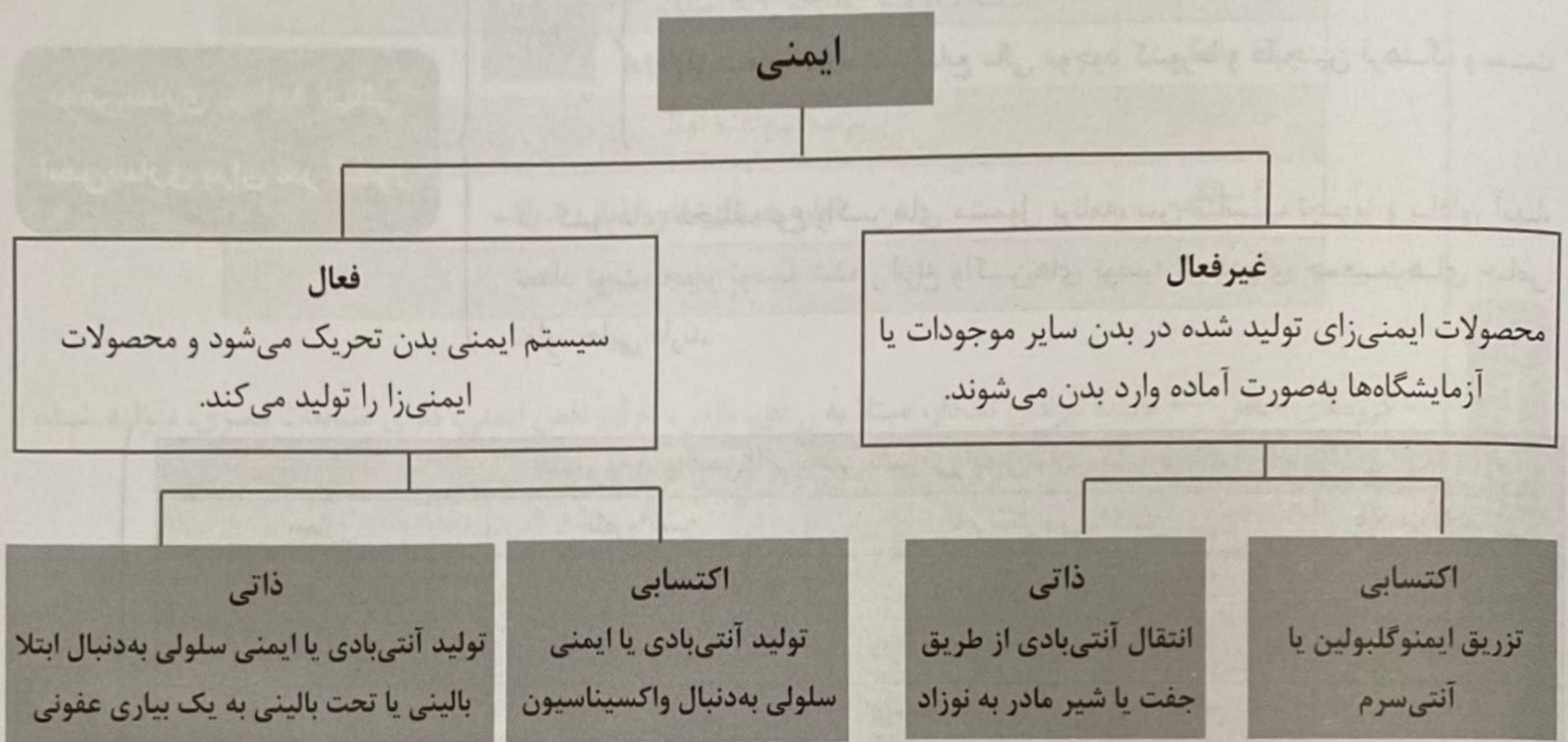
پاسخ: ضروری‌ترین قسمت مدل پرسید - پروسید، مرحله ارزیابی آموزشی و اکولوژیک (مرحله چهارم) است.

پاسخ: الف)

۱۶

فصل ۸: اصول و کلیات ایمنی‌سازی

- **مصونیت:** توانایی بدن انسان در افتراق اجزای خودی از اجزای مهاجم خارجی



شکل ۸-۱. انواع ایمنی

- **ایمنی‌سازی:** هرگونه اقدامی که به منظور جلوگیری از بروز عفونت و یا تخفیف شکل طبیعی بیماری در فردی با تجویز آنتی‌بادی یا آنتی‌ژن به عمل آید.

* واکسیناسیون ← پس از تأمین آب آشامیدنی سالم، واکسیناسیون بیشترین تأثیر را در کاهش مرگ و میر به‌ویژه در کودکان و افزایش امید به زندگی داشته.

تاریخچه واکسیناسیون

- چینی‌ها (سال ۱۰۰۰ م) ← فلج آبله
- ادوارد جنر (۱۷۹۶ م) ← واکسن آبله گاوی
- لویی پاستور (۱۸۸۵ م) ← واکسن هاری
- برنامه گسترش ایمن‌سازی در جهان (۱۹۷۴ م، برنامه کشوری واکسیناسیون در ایران از سال ۱۳۶۳ شروع شده است) ← حدوداً ۱۱ سال بعد از ابلاغ سازمان جهانی بهداشت) ← با هدف ایجاد مصونیت در کودکان زیر یک سال در برابر بیماری‌های (۱) دیفتی، (۲) کزاز، (۳) سیاه سرفه، (۴) سرخک، (۵) فلج اطفال، (۶) سل
- آبله در ۱۹۷۸ ریشه کن شد. فلج اطفال بیش از ۹۹/۹٪ در دنیا کاهش یافته

نقاط تمایز برنامه ایمن سازی
از سایر برنامه های حفظ و
ارتقاء سلامت

- ابزاری اثبات شده برای کنترل و حذف بیماری های عفونی ← کاهش مرگ و معلولیت
- علی رغم تأثیرات زیاد، هزینه زیادی ندارد ← هزینه اثربخش
- گروه هدف بزرگ و تعریف شده ای دارد.
- نیاز به ایجاد تغییرات زیاد در شیوه زندگی افراد ندارد.
- تأثیر آن بر شاخص های مطرح سلامت غیرقابل انکار است.

بومی سازی برنامه جهانی
ایمن سازی برای هر کشور

- دلیل

- اپیدمیولوژی بیماری ها، ساختار ژنتیکی افراد و سطح ایمنی کشورهای مختلف متفاوت است.
- اولویت های سلامت و منابع مالی موجود کشورها و همچنین فرهنگ آنها متفاوت است.

- در کشورهای مختلف نوع واکسن های مشمول برنامه، سن مناسب تجویز و یادآوری تعداد نوبت تجویز توصیه شده و انواع واکسن های توصیه شده برای جمعیت های متفاوت هایی دارند.

جدول ۸-۱. واکسن های برنامه گسترش ایمنی سازی کشوری

علامت اختصار	نام انگلیسی واکسن	نام واکسن	بیماری
BCG	Bacille Calmette-Guerin	ب.ث.ژ	سل (توبرکلوزیس)
DT	Diphtheria. Tetanus	دوگانه خردسالان	دیفتری - کزاز
Td	Tetanus. Reduced diphtheria	دوگانه بزرگسالان	
TT	Tetanus Toxoid	توکسوئید کزاز	کزاز
OPV	Trivalent Oral Polio Vaccine	سه ظرفیتی	فلج اطفال
bOPV	Bivalent Oral Polio Vaccine	دو ظرفیتی	
IPV	Inactivated Polio Vaccine	فلج اطفال تزریقی	
MMR	Measles. Mumps. Rubella	سرخک - سرخچه - اوریون	سرخک - سرخچه - اوریون
HepB	Hepatitis B	هپاتیت ب	هپاتیت ب
DTP	Diphtheria. Tetanus. Whole cell Pertussis	سه گانه (ثلاث)	دیفتری - کزاز - سیاه سرفه
Pentavalent (DTP+ Hib+ HepB)	Diphtheria. Tetanus Pertussis (DTP) + Hepatitis B + Haemophilus Influenzae type b	پنج گانه	دیفتری - کزاز - سیاه سرفه - هپاتیت ب - هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب
Hib	Haemophilus Influenzae type b	هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب	هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب

برنامه کشوری واکسیناسیون در ایران

جدول ۲-۸. برنامه واکسیناسیون کودکان از سال ۱۳۹۴	
سن	نام واکسن‌ها
بدو تولد	سل (ب.ث.ژ) قطره خوراکی فلج اطفال، هپاتیت ب
۲ ماهگی	قطره خوراکی فلج اطفال، پنج‌گانه
۴ ماهگی	قطره خوراکی فلج اطفال، فلج اطفال تزریقی، پنج‌گانه
۶ ماهگی	قطره خوراکی فلج اطفال، پنج‌گانه
۱۲ ماهگی	MMR
۱۸ ماهگی	MMR، قطره خوراکی فلج اطفال، سه‌گانه
۶ سالگی	قطره خوراکی فلج اطفال، سه‌گانه
هر ۱۰ سال	دوگانه بزرگسالان

- گروه‌های خاص ← مانند: نوزادان تب‌دار، مبتلا به زردی، نارس، دارای نقص ایمنی، دارای ضایعات مغزی، متولد شده از مادران HBsAg مثبت یا HIV مثبت و ... ← واکسن‌های دیگری هم برای برخی از این افراد توصیه شده.

جدول ۲-۸. واکسن‌های گروه‌های خاص			
بیماری	نام واکسن	نام انگلیسی واکسن	علامت اختصاری
اسهال روتاویروسی	روتاویروس	Rotavirus Vaccine	RV
عفونت‌های پنوموکوکی	پنوموکوک پلی ساکارییدی ۲۳ ظرفیتی	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine 23-Valent	PPSV23
	پنوموکوک کنژوگه ۱۳ ظرفیتی	Pneumococcal Conjugate Vaccine 13-Valent	PCV13
آبله مرغان	آبله مرغان	Varicella	VAR
آنفلوانزا	آنفلوانزا	Inactivated Influenza Vaccine	IIV
مننژیت	مننگوکوک کنژوگه	Meningococcal ACW-135 Conjugate Vaccine	MCV4
	مننگوکوک پلی ساکارییدی چهارظرفیتی	Meningococcal ACYW-135 Conjugate Vaccine	MPSV4
	مننگوکوک پلی ساکارییدی دوظرفیتی	Polysaccharide Meningococcal A + C vaccine	MPSV2
هاری	هاری	Rabies Vaccine	Rabies
تب زرد	تب زرد	Yellow fever Vaccine	YF

- اگر واکسن در زمان مقرر به نوزاد تزریق نشد ← برنامه جدیدی برای وی تنظیم شود.

- زنده ضعیف شده

- بجز انواع خوراکی، معمولاً ایمنی با یک دوز از این واکسن‌ها تا حد قابل قبولی ایجاد می‌شود.
- احتمال بروز واکنش‌های شدید ناخواسته در انواع تزریقی آن وجود دارد.
- در برابر نور و گرما حساسند ← در طبقه فوقانی یخچال و دمای $2-8^{\circ}\text{C}$ نگهداری شود.
- خود دو دسته باکتریایی (ب.ث.ژ (علیه سل)، تیفوئید خوراکی) و ویروسی (سرخک، سرخچه، اوریون، ابله مرغان و زونا، تب زرد، روتا ویروس، فلج اطفال خوراکی، آنفلوآنزای داخل بینی) دارند.

- غیر فعال

- نمی‌توانند تکثیر شوند.
- کمتر از واکسن‌های زنده تحت تأثیر تخریب آنتی‌بادی‌ها قرار می‌گیرند.
- همیشه به چند دوز از آنها نیاز است.
- اکثراً پاسخ ایمنی ایجاد شده توسط آنها همورال است.
- به دوز یادآور نیاز دارند.

- ویروسی: پولپو (فلج اطفال)، هپاتیت A، هاری، آنفلوآنزا
- باکتریایی: سیاه سرفه، حصه، وبا، طاعون

- انواع

- برپایه پروتئین: هپاتیت B، آنفلوآنزا، سیاه سرفه فاقد سلول، سیاه زخم، ویروس پاپیلوما انسانی
- پلی‌ساکارید خالص: پنوموکوک، مننگوکوک، سالمونلا تیفی ← این واکسن‌ها در کودکان با سن کمتر از ۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی‌کنند به یادآور پاسخ نمی‌دهند و آنتی‌بادی کارایی تولید نمی‌کنند.
- پلی‌ساکارید کونژوگه: هموفیلوس آنفلوآنزای نوع b، پنوموکوک، مننگوکوک

- حاوی اجزاء ارگانیک

- برپایه پلی‌ساکارید

- واکسن‌های نو ترکیب: هپاتیت B، پاپلوما ویروس انسانی، آنفلوآنزا، سالمونلا تیفی

طبقه‌بندی واکسن‌ها

جدول ۳-۸. انواع واکسن‌های زنده و راه تجویز و مقدار تجویز آنها

نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز
ب.ث.ژ	باسیل زنده ضعیف شده کالمت گرن	داخل جلدی	۰/۰۵ میلی‌متر
فلج اطفال خوراکی	ویروس زنده ضعیف شده	خوراکی	۲ قطره
تب زرد	ویروس زنده ضعیف شده	زیر جلدی	۰/۱۵ میلی‌لیتر
MMR	ویروس زنده ضعیف شده سرخک، اوریون و سرخچه	زیر جلدی	۰/۱۵ میلی‌لیتر
آبله مرغان	ویروس زنده ضعیف شده	زیر جلدی یا عضلانی	۰/۱۵ میلی‌لیتر

جدول ۴-۸. انواع واکسن‌های غیرفعال و راه تجویز و مقدار تجویز آنها				
نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز	
پنج‌گانه (پنتاوالان)	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه، آنتی‌ژن سطحی ویروس هپاتیت ب، کنژوگه با پلی‌ساکارید کپسول هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب	عضلانی	۰/۵ میلی‌متر	
سه‌گانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه	عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر	
دوگانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتری	عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر	
هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب	پروتئین کنژوگه با پلی‌ساکارید کپسول باکتری	عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر	
توکسوئید کزاز	توکسوئید کزاز	عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر	
فلج اطفال تزریقی	ویروس غیرفعال	زیرجلدی یا عضلانی (ترجیحاً عضلانی)	۰/۵ میلی‌لیتر	
هپاتیت ب	آنتی‌ژن سطحی ویروس	عضلانی	۱۰ سال و کمتر، ۰/۵ میلی‌لیتر بالای ۱۰ سال، ۱ میلی‌لیتر (در بزرگسالان دیالیزی و بزرگسالان مبتلا به نقایص سیستم ایمنی با دوز ۲ برابر تزریق شود).	
آنفلوانزا	پروتئین‌های سطحی ویروس	عضلانی	۶ تا ۳۵ ماه ۰/۲۵ میلی‌لیتر ۳۶ ماه و بالاتر، ۰/۵ میلی‌لیتر	
پنوموکوک	کنژوگه	عضلانی	۰/۵ میلی‌متر	
	پلی‌ساکاریدی	عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر	
مننگوکوک	کنژوگه	عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر	
	پلی‌ساکاریدی	زیرجلدی		
هاری	ویروس غیرفعال	عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر	

پایش برنامه واکسیناسیون

- سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد، «شاخص پوشش واکسیناسیون» را سالانه برای کشورها محاسبه و اعلام می‌کنند.

- محاسبه «شاخص پوشش واکسیناسیون» در یک سال: تعداد کودکان زیر یک سال که (۱) سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه‌گانه، (۲) یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، (۳) یک نوبت واکسن سرخک و (۴) سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی گرفته‌اند، تقسیم بر کل جمعیت کودکان یک ساله هر کشور ← این شاخص در ایران = ۹۹٪

- عوارض جانبی واکسن‌ها ← طیف عوارض از التهاب موضعی محل تزریق، تب و بی‌حالی، تا شوک آنافیلاکسی و مرگ

سوالات برگزیده اصول و کلیات ایمنی‌سازی

۱- براساس شاخص‌های پایش و ارزشیابی بهداشت برای همه، واکسیناسیون علیه کدام یک از بیماری‌های زیر در برنامه ایمن‌سازی کودکان مورد بررسی قرار نمی‌گیرد؟

(علوم پایه پزشکی - شهریار)

الف) دیفتري (ب) هپاتیت B (ج) سرخک (د) سیاه سرفه

پاسخ: برنامه گسترش ایمن‌سازی در ایران از سال ۱۳۶۳ و با هدف ایجاد مصونیت در کودکان زیر یک سال در برابر بیماری‌های (۱) دیفتري، (۲) کزاز، (۳) سیاه سرفه، (۴) سرخک، (۵) فلج اطفال و (۶) سل شروع شد.

پاسخ: (ب)

۲- کدام جمله زیر نادرست است؟

(تالیفی)

الف) مصونیت عبارت است از توانایی بدن انسان در افتراق اجزای خودی از اجزای مهاجم خارجی.

ب) واکسیناسیون بیشترین تأثیر را در کاهش مرگ و میر، به ویژه کودکان داشته.

ج) برنامه واکسیناسیون ایران حدود ۱۱ سال بعد از ابلاغ سازمان جهانی بهداشت شروع شد.

د) در کشورهای مختلف، نوع واکسن‌های مشمول برنامه‌های واکسیناسیون متفاوت است.

پاسخ: پس از تأمین آب آشامیدنی واکسیناسیون بیشترین تأثیر را در کاهش مرگ و میر، به ویژه کودکان و افزایش امید به زندگی داشته (گزینه ب).

پاسخ: (ب)

۳- کدام یک از گزینه‌های زیر ایمنی غیرفعال ذاتی می‌باشد؟

(تالیفی)

الف) واکسن (ب) ایمنوگلوبولین

ج) ایمنی ناشی از شیر مادر و جفت (د) سلول‌های خاطره

پاسخ: مراجعه به صفحه ۳۹، شکل ۱-۸.

پاسخ: (ج)

۴- کدام یک از واکسن‌های زیر جزء واکسن‌های برنامه گسترش ایمنی‌سازی کشوری ایران نیست؟

(تالیفی)

الف) هپاتیت ب (ب) هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب

ج) تب زرد (د) توکسوئید کزاز

پاسخ: واکسن تب زرد (YF) جزء واکسن‌های گروه‌های خاص می‌باشد. مراجعه به صفحه ۴۰، جدول ۱-۸.

پاسخ: (ج)

۵- طبق برنامه واکسیناسیون کودکان در ایران، در بدو تولد کدام یک از واکسن‌های زیر تجویز نمی‌شود؟

(تالیفی)

الف) ب.ث.ژ (ب) هپاتیت ب (ج) قطره خوراکی فلج اطفال (د) MMR

پاسخ: مراجعه به صفحه ۴۱، جدول ۲-۸.

پاسخ: (د)

۶- کدام جمله درباره واکسن‌های زنده ضعیف شده صحیح نمی‌باشد؟

(تالیفی)

الف) احتمال بروز واکنش‌های شدید ناخواسته در انواع تزریقی آن وجود دارد.

ب) در برابر نور و گرما حساسند.

ج) همیشه به چند دوز از آنها نیاز است.

د) واکسن تیفوئید خوراکی، واکسن زنده ضعیف شده باکتریایی است.

پاسخ: در واکسن‌های زنده ضعیف شده، بجز انواع خوراکی، معمولاً ایمنی با یک دوز از این واکسن‌ها تا حد قابل قبولی ایجاد می‌شود. در واکسن‌های غیرفعال، تیتراژ آنتی‌بادی تولید شده در نتیجه استفاده از آنها به مرور زمان کاهش می‌یابد؛ بنابراین به دوزهای مکمل و یادآور نیاز دارند.

پاسخ: ج)

۷- کدام جمله درباره واکسن سالمونلا تیفی درست نیست؟

(تالیفی)

الف) نوعی واکسن غیرفعال است.

ب) حاوی اجزای ارگانیسم است.

ج) در کودکان زیر ۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی‌کند.

د) بر پایه پروتیین است.

پاسخ: واکسن‌های پنوموکوک، مننگوکوک و سالمونلا تیفی، واکسن‌های غیرفعال حاوی اجزای ارگانیسم بر پایه پلی‌ساکارید خالص هستند. این واکسن‌ها در کودکان با سن کمتر از ۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی‌کنند، به یادآور پاسخ نمی‌دهند و آنتی‌بادی کارایی تولید نمی‌کنند. البته واکسن‌های پنوموکوک و مننگوکوک نوع پلی‌ساکاریدی کونژوگه هم دارند.

پاسخ: د)

۸- کدام واکسن زیر یک واکسن غیرفعال نیست؟

(تالیفی)

الف) تب زرد

ب) هاری

ج) فلج اطفال تزریقی

د) هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب

پاسخ: مراجعه به صفحه ۴۲، جدول ۳-۸.

پاسخ: الف)

۹- در مورد «شاخص پوشش واکسیناسیون»، کدام یک از موارد زیر درست است؟

(تالیفی)

الف) تنها توسط سازمان جهانی بهداشت برای کشورها محاسبه می‌شود.

ب) این شاخص در ایران ۸۶٪ است.

ج) این شاخص برای کودکان زیر ۱۸ ماه محاسبه می‌شود.

د) صورت این شاخص کودکانی‌اند که سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه گانه، یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، یک نوبت واکسن سرخک و سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی گرفته‌اند.

پاسخ: «شاخص پوشش واکسیناسیون» سالانه توسط سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل برای کشورها محاسبه می‌شود. صورت این شاخص کودکان زیر یکسال‌اند که سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه گانه، یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، یک نوبت واکسن سرخک و سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی گرفته‌اند و مخارج آن کل جمعیت کودکان یک ساله هر کشور است. این شاخص ۸۶٪ در دنیا و ۹۹٪ در ایران برآورد شده.

پاسخ: د)

فصل ۹: سلامت و ایمنی محیط کار

سلامت شغلی

- حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان با کنترل عوامل شغلی که سلامت و ایمنی را به مخاطره می‌اندازند.
- توسعه و ارتقاء محیط کار سالم و ایمن
- بهبود توان کار و توسعه حرفه‌ای و اجتماعی
- توانمند کردن کارکنان برای داشتن یک زندگی مولد از نظر اجتماعی و اقتصادی

- اهداف

- بار این بیماری‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط بیشتر است زیرا مقررات سلامت شغلی به خوبی اجرا نمی‌شود.

- اولین بار در کدهای حمورابی (۲۵۰۰ پیش از میلاد)

- اولین کتاب مربوط به بیماری‌های شغلی: «بیماری‌های کارگران» - برناردو رامازینی (پدر سلامت شغلی)
در کتاب خود توصیه کرد که شغل بیمار هم در شرح حال گرفتن پرسیده شود.

- تاریخچه

- مخاطرات سلامت عواملی هستند که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذرانند.
- خطر احتمال ایجاد بیماری و اختلال در مواجهه با مخاطرات سلامت است.

۱- شناسایی مخاطره

۲- تعیین مختصات مخاطره

۳- ارزیابی مواجهه

۴- تخمین خطر

۵- اقدامات کنترلی

- مراحل ارزیابی مخاطرات سلامت

- در اولویت‌بندی ارتقاء سلامت شغلی، باید احتمال ایجاد پیامدهای بالقوه در اثر مواجهه با مخاطرات سلامت و شدت این پیامدها را با هم در نظر گرفت - برای مثال: احتمال ابتلا به HIV در اثر فرو رفتن سوزن آلوده به دست کم است ولی در صورت ابتلا، شدت این بیماری بالاست. بنابراین پیشگیری از ابتلا به HIV به عنوان یک بیماری شغلی در پرسنل پزشکی اهمیت قابل توجهی پیدا می‌کند.

شدت پیامد در صورت وقوع				احتمال خطر
خانمان برانداز (کشنده) (Catastrophic)	شدید (Serious)	خفیف (Slight)	جزئی (Minimal)	
بالا	بالا	متوسط	متوسط	محتمل (Probable)
بالا	بالا	متوسط	کم	ممکن (Possible)
متوسط	متوسط	کم	کم	غیرمحتمل (Unlikely)
متوسط	کم	کم	کم	قابل اغماض (Negligible)

شکل ۹-۱. ماتریکس دو بُعدی ارزیابی خطر

- عده‌ای بر این باورند که بُعد سوم یعنی فراوانی مواجهه نیز باید به ارزیابی خطر اضافه شود.

مقایسه مخاطره (Hazard) و خطر (Risk)

محل کار سالم

- سلامت، امنیت و رفاه پرسنل فقط شامل توجّه به نیازها

محیط فیزیکی کار

- شامل تجهیزات، محصولات، کارکنان

- مقاطرات محیط فیزیکی کار - شامل -
بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ

محیط روانی اجتماعی

- شامل فرهنگ سازمانی، نگرش

- مقاطرات روانی اجتماعی

منابع سلامت فردی

- شامل: خدمات

مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

- فعالیت‌های مشوق - منابعی را در اختیار از هزینه‌های درم

بیماری‌های واگیر شغلی

- عفون - عفون - ابتلا - DS -

محل کار سالم

- سلامت، امنیت و رفاه پرسنل حفظ شود ← با توجه به نیازها
- دغدغه‌های سلامت و ایمنی در محیط فیزیکی کار
- دغدغه‌های سلامت و ایمنی در محیط روانی اجتماعی
- دسترسی به منابع سلامت فردی
- مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

محیط فیزیکی کار

- شامل تجهیزات، محصولات، کار، مکان و ... ← تأثیرگذار بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و ذهنی کارکنان
- فیزیکی: حرارت، صدا، نور، تشعشعات، فشار، ارتعاش
- شیمیایی: حلال‌ها، حشره‌کش، پنبه نسوز، دود سیگار
- زیستی: میکروارگانیسم‌ها، عدم دسترسی به آب سالم و سرویس بهداشتی مناسب
- ارگونومی: مانند فعالیت‌های تکراری یا نیازمند نیروی زیاد، وضعیت نامناسب کار
- مکانیکی: مانند کار کردن با لولاها یا اهرم
- انرژی: برق گرفتگی، سقوط از ارتفاع
- حرکت: رانندگی در شرایط سخت یا با وسیله نقلیه غیرایمن
- مقادیرات محیط فیزیکی کار ← شامل
- بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ

محیط روانی اجتماعی

- شامل فرهنگ سازمانی، نگرش‌ها، ارزش‌ها و باورها ← تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی کارکنان
- انتظارات زیاد از افراد
- عدم شفافیت مسئولیت‌ها
- انگشت‌نما شدن به خاطر بیماری
- خشونت و تهدید
- عدم امنیت شغلی
- تحت فشار بودن
- تداخل بین وظایف افراد
- عدم حمایت از رفتارهای سالم
- عدم حمایت از طرف بالادستی‌ها
- تبعیض جنسیتی یا قومیتی
- مقادیرات روانی اجتماعی

منابع سلامت فردی

← شامل: خدمات سلامت، اطلاعات، منابع، فرصت‌ها و محیط حمایت‌گری برای سالم زیستن

مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

- فعالیت‌های مشوق سلامت
- منابعی را در اختیار کارکنان می‌گذارد که سلامت آنها حفظ شود یا ارتقاء یابد ← مثلاً پوشش درصدی از هزینه‌های درمانی

بیماری‌های واگیر شغلی

- عفونت‌های تنفسی ← مانند ابتلا به سل در پرسنل درمانی
- عفونت‌های روده‌ای ← در کشاورزان به دلیل استفاده از فاضلاب‌های خانگی به جای کود
- ابتلا به مالاریا ← سفر به مناطق با شیوع بالا از مناطق با شیوع کم
- HIV/AIDS ← Needle-stick شدن

بیماری‌های غیرواگیر شغلی

• سرطان‌ها

- سرطان ریه، نای و برونش (۶۳٪) بار بیماری مزوتلیوما شغلی و در اثر مواجهه با آزبست است
- سرطان حنجره (در معدن کاران، آهنگران، کارگران ساختمانی، کارگران لاستیک سازی)
- سرطان خون (لاستیک سازی، کار با بنزین، آفت کش‌ها و علف کش‌ها)
- سرطان نازوفارنکس (مواجهه با گرد و غبار چوب بری)
- سرطان مثانه (نقاشی، نساجی، آرایشگری، صنایع پرینت و چاپ، پلاستیک سازی، لاستیک مواجهه با آگروز دیزل)
- ملانوما (مواجهه با اشعه UV هنگام کار زیر نور خورشید، مواجهه با دوده، آرسنیک)
- سرطان معده (لاستیک سازی)

- بیماری‌های مزمن انسدادی ریه (COPD) ← در کارگران معادن سنگ و ذغال سنگ، کشاورزان، کارگران ساخت جوشکاری، صنایع لاستیک و پلاستیک، نساجی، حمل و نقل با ماشین‌های سنگین
- آسم ← در مواجهه با دود سیگار، مواد شوینده، گندزدها، آنزیم‌ها، قهوه، آرد، آلرژن‌ها، گرد و غبار چوب و فلزات.
- پنوموکونیوز ← در مواجهه با گرد و غبار، سیلیس، آزبست
- درگیری‌های عضلانی اسکلتی ← کمر درد، آرتريت روماتوئید، استئوآرتريت، گردن درد
- آسیب‌ها ← آسیب‌های جاده‌ای، سقوط، سوختگی، غرق شدگی، مسمومیت، نیروهای مکانیکی
- اختلالات روانی عصبی و رفتاری ← افسردگی، مصرف مواد و الکل
- کاهش شنوایی ← به دلیل سر و صدای زیاد و برخی مواد سمی شیمیایی

بار بیماری‌های شغلی

- بیشترین بار این بیماری‌ها در اثر ← آسیب، کمر درد و گردن درد، سرطان‌ها، COPD، افسردگی، مصرف الکل و مواد، افت شنوایی، HIV
- در مردان بیش از زنان ← دلیل اصلی آن حضور بیشتر مردان در عرصه‌های شغلی است.
- زنان بیشتر احتمال دارد در شرایط نامطلوب شغلی قرار بگیرند.

مقایسه بیماری‌های شغلی و بیماری‌های مرتبط با شغل

- بیماری‌های شغلی (Occupational) ← تقریباً همیشه ناشی از شغل ← مثل آزبست یا مزوتلیوما
- بیماری‌های مرتبط با شغل (Work-Related) ← هم به علت شرایط نامساعد می‌توانند ایجاد شوند هم به علل دیگر مثل سبک زندگی نامناسب ← مثل کمر درد

غیبت از کار
به دلیل بیماری

- شایع‌ترین علت: سرماخوردگی، آنفلوآنزا و سردرد
- کوتاه مدت
- دومین علت مهم
- مشاغل یدی: درگیری‌های عضلانی اسکلتی، سپس استرس
- مشاغل غیریدی: استرس، سپس درگیری‌های عضلانی اسکلتی
- طولانی مدت
- ← در کارمندان ادارات دولتی: استرس و اختلالات عضلانی اسکلتی

اختلالات مرتبط با بیکاری

- بین افراد بیکار احتمال سیگار کشیدن، مصرف الکل و رفتارهای پر خطر جنسی بیشتر فعالیت بدنی کمتر است.
- آنها بیش از افراد سالم از خدمات بهداشتی درمانی استفاده می‌کنند.

اهمیت تشخیص به موقع بیماری‌های شغلی

- شواهد بالینی برخی بیماری‌های شغلی کاملاً شبیه به بیماری‌های غیرشغلی است.
- بیماری‌های شغلی ممکن است زمانی ایجاد شوند که مواجهه با مخاطرات شغلی خاتمه پیدا کرده.
- شواهد بالینی بیماری‌های شغلی مرتبط با دوز و مدت زمان مواجهه با عوامل بیماری‌زاست.
- تأثیر عوامل شغلی می‌تواند در کنار عوامل غیرشغلی تشدید شوند ← مثلاً مواجهه با پنبه نسوز (آزبست) اگر همراه با سیگار کشیدن باشد، احتمال سرطان ریه چند برابر می‌شود.

سطح پیشگیری از بیماری‌های شغلی

- | | |
|--|-------------|
| - کاهش خطر ابتلا با کاهش میزان یا شدت مواجهه با مخاطرات شغلی | - سطح اول |
| - گروه هدف: افرادی که دچار بیماری نیستند. | |
| - مداخلات شامل: ایمن‌سازی، آموزش، سیاست‌گذاری و دستورالعمل ← بسیار کم هزینه | |
| - شناسایی اختلالات سلامتی قبل از آشکار شدن بیماری | - سطح دوم |
| - گروه هدف: افرادی که عامل خطر دارند ولی بیمار نیستند. | |
| ← علائم بیماری خود را نشان داده‌اند و ما قصد داریم از بدتر شدن بیماری جلوگیری کنیم. | - سطح سوم |
| - پیشگیری از استفاده بیش از حد منابع و مداخلات سلامت | - سطح چهارم |
| - گروه هدف: افرادی که احساس ناخوشی می‌کنند و برای گرفتن خدمات سلامت مراجعه کردند ولی بیماری قابل تشخیصی در آنها مشاهده نشده. | |

سوالات برگزیده سلامت و ایمنی محیط کار

- ۱- در عملیات اجرایی بهداشت حرفه‌ای پس از تعیین خطر، کدام یک از اقدامات زیر انجام می‌شود؟ (علوم پایه پزشکی - آبان ۱۴۰۰)
- الف) اندازه‌گیری ب) شناسایی ج) اقدامات کنترلی د) تفسیر نتایج
- پاسخ: پس از ارزیابی عامل خطر، اقدامات کنترلی با حذف آن عامل خطر یا جایگزینی آن یا اقدامات مهندسی در محیط انجام می‌پذیرد.

پاسخ: ج

- ۲- کدام جمله صحیح است؟ (تالیفی)
- الف) خطرات سلامتی عواملی هستند که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذارند.
- ب) مخاطره احتمال ایجاد بیماری و اختلال در مواجهه با خطرات سلامتی است.
- ج) در ماتریکس دو بُعدی ارزیابی خطر، بعد دوم فراوانی مواجهه می‌باشد.
- د) محتویات محیط فیزیکی کار شامل تجهیزات، محصولات و غیره بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و ذهنی کارکنان اثر گذارند.
- پاسخ: مخاطرات سلامت عواملی هستند که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذارند و خطر، احتمال ایجاد بیماری و اختلال در مواجهه با مخاطرات سلامت است (گزینه الف و ب). ماتریکس دو بُعدی ارزیابی خطر شامل احتمال خطر و شدت پیامد است و عده‌ای بر این باورند که بُعد سوم یعنی فراوانی مواجهه نیز باید به ارزیابی خطر اضافه شود (گزینه ج).

پاسخ: د

۳- در یک محیط کار کدام جزء و مخاطرات آن بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ را دارند؟

- الف) محیط فیزیکی کار ب) محیط روانی - اجتماعی ج) منابع سلامت فردی د) هیچکدام
- پاسخ: مخاطرات محیط فیزیکی کار بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ را دارند.

پاسخ: الف)

۴- منظور از مشارکت اجتماعی در سطح سازمان چیست؟

- الف) محیط حمایتگری برای سالم زیستن ب) فعالیت‌های مشوق سلامت
ج) خدمات سلامت د) فرهنگ سازمانی

پاسخ: منظور از مشارکت اجتماعی در سطح سازمان، فعالیت‌های مشوق سلامت است که سازمان در آن درگیر می‌شود و منابع اختیار کارکنان می‌گذارد که سلامت آنها را حفظ و ارتقاء دهد (گزینه ب). خدمات سلامت و محیط حمایتگری برای سالم زیستن جزوی از منابع سلامت فردی‌اند (گزینه الف و ج).

ارجاع به صفحه ۴۷، قسمت مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

پاسخ: ب)

۵- کدام گزینه درباره بیماری‌های شغلی درست است؟

الف) عفونت‌های روده‌ای جزء بیماری‌های غیرواگیر شغلی است که بیشتر در کشاورزان و به دلیل استفاده از فاضلاب‌های خانگی پراکند می‌شود.

ب) بار بیماری‌های شغلی در مردان بیشتر از زنان است که دلیل اصلی آن شرایط شغلی نامطلوب‌تر مردان است.

ج) ۶۳٪ بار بیماری مزوتلوما شغلی و در اثر مواجهه با سیلیس است.

د) افراد بیکار بیشتر از افراد سالم از خدمات بهداشتی درمانی استفاده می‌کنند.

پاسخ: عفونت‌های روده‌ای ناشی از استفاده فاضلاب در کشاورزان جزء بیماری‌های واگیر شغلی است (گزینه الف). دلیل اصلی بیش بودن بار بیماری شغلی در مردان حضور بیشتر مردان در عرصه‌های شغلی است و زنان بیشتر احتمال دارد در شرایط نامطلوب شغلی قرار بگیرند (گزینه ب). ۶۳٪ بار بیماری مزوتلیوما شغلی و در اثر کار با آزبست است (گزینه ج).

پاسخ: د)

۶- کدام جمله نادرست است؟

الف) بیماری‌های شغلی بیماری‌هایی هستند که تقریباً همیشه ناشی از شغل می‌باشند.

ب) بیماری‌های مرتبط با شغل هم به علت شرایط نامساعد شغلی می‌توانند ایجاد شوند هم به علل دیگر.

ج) شایع‌ترین علت غیبت کوتاه مدت از کار در مشاغل یدی، درگیری‌های عضلانی - اسکلتی است.

د) استرس جزء علل اصلی غیبت طولانی‌مدت از کار بین کسانی است که در بخش عمومی کار می‌کنند.

پاسخ: شایع‌ترین علت غیبت کوتاه‌مدت از کار سرماخوردگی، آنفلوآنزا و سردرد هستند.

ارجاع به صفحه ۴۸، قسمت غیبت از کار به دلیل بیماری

پاسخ: ج)

۷- کدام جمله درباره بیماری‌های شغلی صحیح نیست؟

الف) شواهد بالینی بیماری‌های شغلی مرتبط با دوز و مدت زمان مواجهه با عوامل بیماری‌زاست.

ب) مداخلات سطح اول پیشگیری از بیماری‌های شغلی بسیار کم هزینه‌اند.

ج) گروه هدف سطح دوم پیشگیری از بیماری‌های شغلی افراد بیماری هستند که هنوز از خود علائمی نشان نداده‌اند.

۶۳

د) گروه هدف سطح چهار پیشگیری از بیماری‌های شغلی افرادی هستند که احساس ناخوشی می‌کنند و برای گرفتن خدمات سلامت مراجعه کرده‌اند ولی بیماری قابل تشخیصی در آنها مشاهده نشده.

پاسخ: گروه هدف سطح دوم پیشگیری از بیماری‌های شغلی افرادی هستند که عامل خطر را دارند ولی هنوز بیمار نیستند.

پاسخ: ج)

پروکنول

۱۴

فصل ۱۰: اصول مدیریت خدمات سلامت

- تعاریف

- مدیریت: فرآیند و فعالیت‌هایی است که هدف آن نیل به اهداف از پیش تعیین شده است. مدیریت برای حمایت و هماهنگی خدمات ارائه شده مورد نیاز است.
- برنامه‌ریزی: تعیین آنچه که باید برای رسیدن به اهداف انجام شود. شامل اولویت‌بندی نیازها، تعیین اهداف و خط مشی و برنامه عملیاتی.
- سازمان‌دهی: طراحی یک سازمان و اجزای آن و تعیین نحوه ارتباط بین اجزا و افراد. تعیین پست‌ها، کارها، تیمی و تفویض اختیارات و مسئولیت
- مدیریت نیروی انسانی: جذب و حفظ نیروی انسانی و توانمند سازی و توسعه فردی
- کنترل: پایش فعالیت‌ها و عملکرد کارکنان

- توانمندی‌های مورد انتظار مدیران

- توانمندی‌های ذهنی ← مثل تحلیل و حل مشکل و تصمیم‌گیری
- توانمندی‌های فنی ← مانند استفاده از فناوری اطلاعات
- توانمندی‌های بین فردی ← مهارت‌هایی برای ارتباط با دیگران شامل پرسش و پاسخ، مدیریت سایر بخش‌ها

رهبری و مدیریت

- فرهنگ سازمانی: شامل باورها، نگرش‌ها، رفتارهای اعضای آن سازمان، ارزش‌ها، رسالت و دورنما، در واقع ماهیت و آنچه سازمان را شکل می‌دهد است. فرهنگ یک سازمان توسط تیم مدیریتی تعریف شده. رهبران سازمان در تثبیت فرهنگ آن و تغییر یا تداوم آن نقش دارند.
- مدیران و رهبران باید سازمان را رو به جلو حرکت دهند در عین حال فعالیت جاری را نیز حفظ کنند.
- رهبران معمولاً نگاه به خارج سازمان و موقعیت آن در محیط دارند و مدیران توجه داخل سازمانی دارند.

- انواع رهبر

- رهبر استراتژیک
- رهبر شبکه
- رهبر عملیاتی ← بیشتر به داخل سازمان تمرکز دارند. (مانند مدیران)

جدول ۱-۱۰. مقایسه توانمندی‌های رهبر و مدیر در یک سازمان	
توانمندی‌های رهبر	توانمندی‌های مدیر
تنظیم رسالت و دورنما و ارزش‌های سازمان	هدایت و کنترل کارکنان
ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذینفعان	اطمینان از انجام فرآیندها
سخن‌گویی تأثیرگذار	کنترل منابع
تعیین استراتژی‌های آینده سازمان	نظارت بر خدمات
شبکه سازی	نظارت بر اجرای مقررات

سبک‌های رهبری

- دموکراتیک
- خودکامانه
- استراتژیک
- آزادی خواهانه ← تمام قدرت رهبر بین کارکنان تقسیم شده
- تحولی (معامله‌ای) ← کارکنانی که وظایف خود را انجام می‌دهند پاداش می‌گیرند.
- بروکراتیک یا ارادی ← با روش‌های از پیش تعیین شده پیش می‌روند. با روش‌های ابداعی سازگاری ندارند.

برنامه‌ریزی

- مهم‌ترین دلیل ← محدودیت منابع
- اهداف
- منابع
- روش‌های مناسب و کارآمد
- آینده

- اجزای برنامه‌ریزی

- خصوصیات دموگرافیک جمعیت
- خصوصیات منطقه
- نیازهای سلامت جمعیت
- خدمات سلامتی که ارائه می‌شوند و کارائی، اثربخشی، منابع، عدالت و کیفیت خدمات

۱- بررسی وضعیت موجود ← بررسی

- با استفاده از معیارهای اولویت‌بندی مثل بار مشکل، شیوع و بروز و مرگ و میر، هزینه مشکل، قابلیت حل مشکل و ...
- در این مرحله اهداف تعیین می‌شوند.

۲- اولویت‌بندی و هدف‌گذاری

- اختصاصی و مشخص بودن (Specific)
- قابل اندازه‌گیری بودن (Measurable)
- دست یافتنی (Attainable)
- مرتبط بودن (Relevant)
- محدود به زمان (Time-bound)

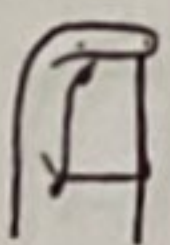
- ویژگی اهداف (SMART)

- مقصد: وضعیت‌هایی هستند که برنامه قصد دارد به آنها برسد.
- هدف: برای رسیدن به مقصد به هدف‌های متعددی باید رسید. اهداف به‌طور مستقیم با فعالیت‌ها در ارتباطند. اهداف باید عینی و قابل اندازه‌گیری باشند و نباید کلی باشند.

- مقصد (Target)، اهداف (Objective) و هدف نهایی (Goal)

- هدف نهایی ← به صفر رساندن موارد جدید ابتلا به HIV و مرگ ناشی از آن
- تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از ۱۵٪ باقی بماند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در مصرف‌کنندگان تزریقی کشور به کمتر از ۱۳٪ کاهش یابد.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از ۵٪ باقی بماند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ میزان بروز عفونت HIV در نوزادان زنده متولد شده از زنان باردار مبتلا به HIV به میزان ۹۰٪ کاهش یابد.

• مقاصد

- مثال -
استراتژیک کشور ایدز
بخشی از برنامه

۵۵

- تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کم
- تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۳۰٪ افراد ۱۵ تا ۴۹ ساله بتوانند هم روش‌های پیش از انتقال HIV را به درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص HIV را رد کنند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۶۵٪ افراد بالای ۱۵ سال که در ۱۲ ماه گذشته با یک نفر تماس جنسی داشته‌اند در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۸۰٪ افراد دارای علائم بیماری‌های مقاربتی، به استاندارد ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی مراجعه کرده باشند.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ انتقال HIV از طریق دریافت خون صفر باقی بماند.

• اهداف ← اهداف مقصد ۱

مثال ← بخشی از برنامه
استراتژیک کشوری ایدز

مقصد (Target)، اهداف (Objective)
و هدف نهایی (Goal)

- تأثیر راه‌کار بر اهداف سلامت
- هزینه‌های در قبال نتیجه
- امکان انجام راه‌کار

← معیار

۳- انتخاب بین راه‌کارها

← تعیین مراحل عملیاتی و فعالیت‌ها

۴- برنامه عملیاتی و بودجه‌بندی

۵- اجرا و پایش

۶- ارزشیابی

مراحل برنامه‌ریزی

بررسی وضعیت موجود

اولویت‌بندی

انتخاب
راه‌کارها

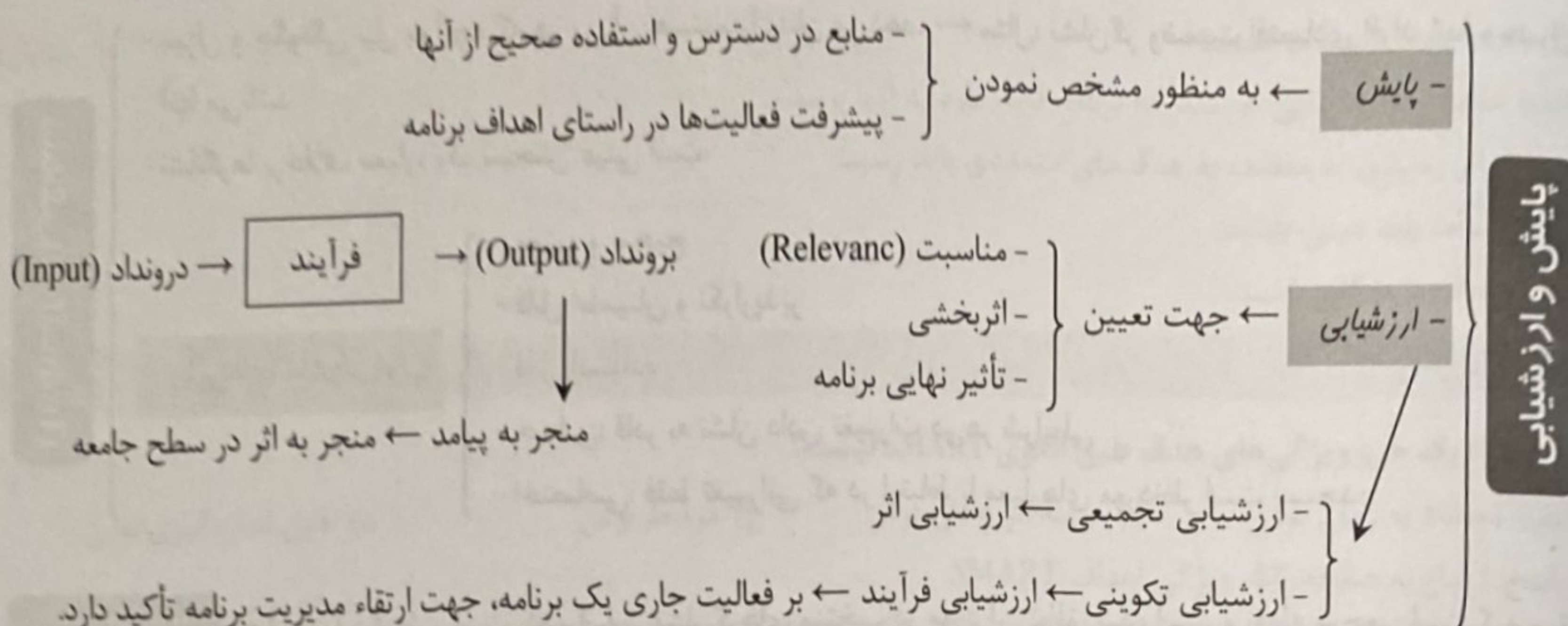
تنظیم برنامه
عملیاتی

اجرا و پایش

شکل ۱-۱۰. ماریج برنامه‌ریزی

بررسی
وضعیت
موجود (۲)

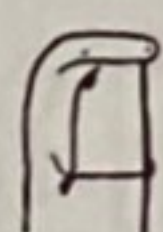
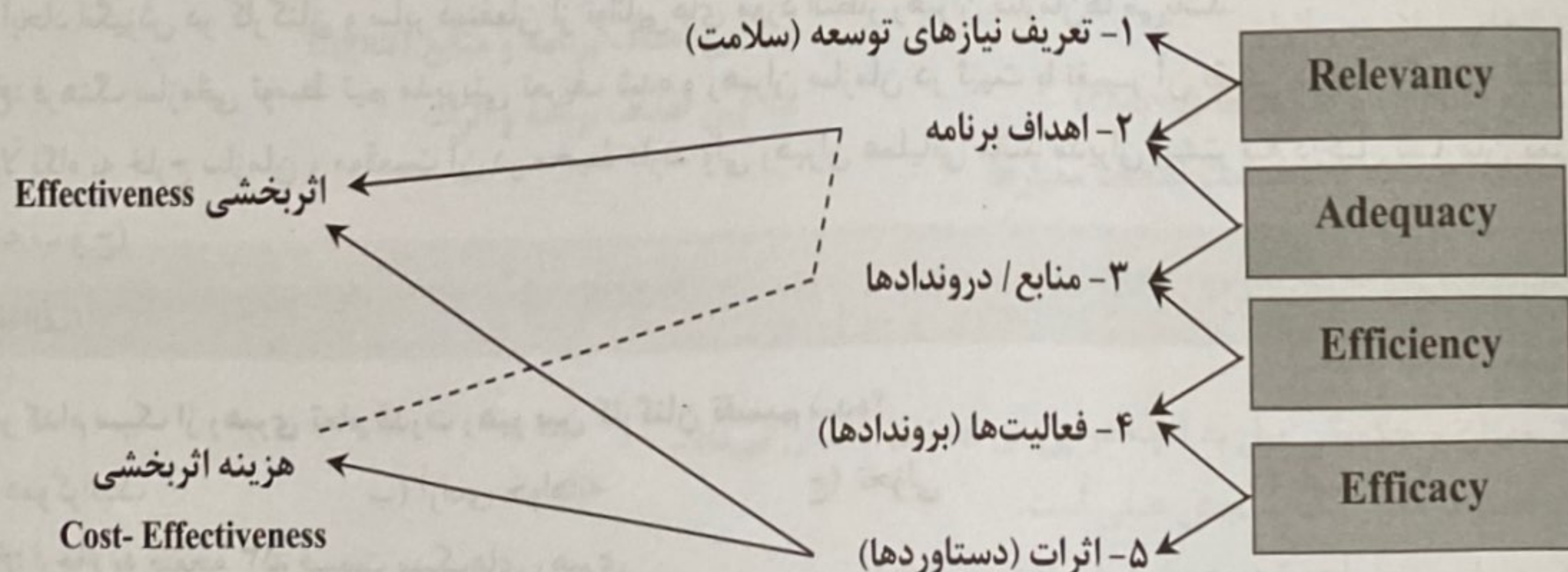
ارزشیابی



- تعریف معیار (Criteria): استاندارد که توسط آن می‌توان در مورد چیزی قضاوت یا تصمیم‌گیری کرد.

- پنج جز اصلی برنامه سلامت
- ۱- نیازهای سلامت
 - ۲- اهداف برنامه
 - ۳- منابع (Input)
 - ۴- فعالیتها (Output)
 - ۵- اثرات

- معیارهای ارزشیابی**
- مناسبت (Relevancy): اهداف برنامه در برگیرنده نیازهای جمعیت باشد ← ارتباط بین ۱ و ۲
 - کفایت (Adequacy): منابع برای دستیابی به اهداف کافی باشند ← ارتباط بین ۲ و ۳
 - بهره‌وری (Efficiency): فعالیت‌های انجام شده هزینه متناسبی مصرف کند ← ارتباط بین ۳ و ۴
 - تأثیر (Efficacy): تأثیر نهایی باید با فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده حاصل گردد ← ارتباط بین ۴ و ۵
 - اثربخشی (Effectiveness): اهداف با توجه به دستاوردها پوشش داده شوند ← ارتباط بین ۲ و ۵
 - هزینه اثربخشی (Cost-Effectiveness): دستاوردهای برنامه هدف را پوشش دهند و در قبال هزینه‌ها نیز ارزیابی گردند ← ارتباط بین ۲، ۳ و ۵



نشانهگر (Indicator)

- میزان و چگونگی نیل به آنچه که در پی آن هستیم را نشان می‌دهد. ← مثال: نشان‌گر وضعیت اقتصادی افراد، اندازه...
- آنها می‌باشد.
- نشانگرها برخلاف معیار، یک سنجش عینی است.

ویژگی‌های نشان‌گر خوب

- معتبر و صحیح
- قابل اطمینان و تکرارپذیر
- قابل استفاده
- حساس: قادر به نشان دادن تغییرات در هر شرایطی
- اختصاصی: فقط تغییراتی که در ارتباط با معیارهای موردنظر است بسنجد

استاندارد

- ← استاندارد ارزشی است که براساس نشان‌گرهای منتخب در مورد آن توافق شده است و نقطه مرجعی است را در قضاوت در مورد یک عمل یاری می‌دهد.

روش‌های مورد استفاده در ارزشیابی

- توصیفی ← توصیف مداخله
- بازرسی ← مقایسه آنچه انجام می‌شود با استانداردها
- قبل و بعد ← مقایسه قبل و بعد مداخله
- مقایسه تجربی ← مقایسه قبل و بعد در دو گروه از مردم که مداخلات مختلف دریافت کرده‌اند
- مطالعات تجربی تصادفی شاهددار ← مقایسه مداخله‌ای قبل و بعد در افرادی که به‌طور تصادفی دو گروه تقسیم شده‌اند در مقابل یک دارونما (Randomized Clinical Trial)

سوالات برگزیده اصول مدیریت خدمات سلامت

۱- کدام گزینه زیر نادرست است؟

الف) فرهنگ سازمانی توسط تیم مدیریتی تعریف شده و رهبران سازمان نقشی در تغییر یا تثبیت آن ندارند.

ب) مدیران معمولاً توجه به داخل سازمان دارند.

ج) رهبران عملیاتی بیشتر به داخل سازمان تمرکز دارند.

د) ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذینفعان از توانایی‌های مورد انتظار رهبران سازمان‌ها می‌باشد.

پاسخ: فرهنگ سازمانی توسط تیم مدیریتی تعریف شده و رهبران سازمان در تثبیت یا تغییر آن نقش دارند (گزینه الف). معمولاً نگاه به خارج سازمان و موقعیت آن در محیط دارند ولی رهبران عملیاتی مانند مدیران بیشتر به داخل سازمان تمرکز (گزینه ب و ج).

پاسخ: الف)

۲- در کدام سبک از رهبری تمام قدرت رهبر بین کارکنان تقسیم شده؟

الف) دموکراتیک ب) آزادی خواهانه ج) تحولی د) استراتژیک

پاسخ: ارجاع به صفحه ۵۳، قسمت سبک‌های رهبری

پاسخ: ب)



۳- کدام جمله نادرست است؟

(تالیفی)

الف) مقصد وضعیت‌هایی هستند که برنامه قصد دارد به آنها برسد.

ب) برای رسیدن به مقصد، به هدف‌های متعددی باید رسید.

ج) اهداف باید عینی باشند.

د) اهداف باید کلی باشند.

پاسخ: د)

۴- کدام یک جزو ویژگی‌های هدف طبق الگوی SMART نیست؟

(تالیفی)

الف) محدود به زمان بودن ب) هزینه اثر بخش بودن ج) مرتبط بودن د) قابل اندازه‌گیری بودن

پاسخ: ارجاع به صفحه ۵۳، ویژگی اهداف SMART.

پاسخ: ب)

۵- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء معیارهای انتخاب بین راهکارها نیست؟

(تالیفی)

الف) تأثیر راهکار بر اهداف سلامت ب) هزینه‌ها در قبال نتیجه

ج) مقبولیت راهکار د) امکان انجام راهکار

پاسخ: ج)

۶- ارزشیابی جهت تعیین تمام موارد زیر استفاده می‌شود، بجز:

(تالیفی)

الف) مناسبت برنامه ب) منابع در دسترس برنامه ج) اثربخشی برنامه د) تأثیر نهایی برنامه

پاسخ: ارزشیابی جهت تعیین مناسبت، اثربخشی و تأثیر نهایی برنامه استفاده می‌شود. ارزشیابی تأثیر مداخله را مشخص می‌نماید.

منابع در دسترس و استفاده صحیح از آنها و پیشرفت‌های در راستای اهداف برنامه، با پایش مشخص می‌شوند.

پاسخ: ب)

۷- ارتباط بین اهداف برنامه و منابع آن توسط کدام یک از معیارهای ارزشیابی برقرار می‌شود؟

(تالیفی)

الف) مناسبت ب) کفایت ج) بهره‌وری د) تأثیر

پاسخ: مراجعه به صفحه ۵۵، قسمت انتخاب معیارها.

پاسخ: ب)

۸- معیار «اثربخشی» بین کدام اجزای برنامه سلامت ارتباط برقرار می‌کند؟

(تالیفی)

الف) بین نیازهای سلامت و اثرات ب) بین اهداف برنامه و منابع (Input)

ج) بین منابع (Input) و فعالیت‌ها (Output) د) بین اهداف برنامه و اثرات

پاسخ: مراجعه به صفحه ۵۵، قسمت انتخاب معیارها.

پاسخ: د)

۹- کدام جمله درست نیست؟

(تالیفی)

الف) نشانگر میزان و چگونگی نیل به آنچه در پی آن هستیم را نشان می‌دهد.

ب) نشانگر همانند معیار یک سنجش عینی است.

ج) نشانگر حساس تغییرات را در هر شرایطی نشان می‌دهد.

د) نشانگر اختصاصی فقط تغییراتی که در ارتباط با معیارهای مورد نظر است را می‌سنجد.

پاسخ: نشانگر یک سنجش عینی و معیار غیرعینی است.

پاسخ: ب)

۱۰- کدام گزینه درباره استاندارد درست نمی باشد؟

(۱۵)

الف) استانداردهای خاص براساس توافقات بین المللی تنظیم می شود و سایر استانداردها با در نظر گرفتن شرایط زمینه ای و دسترسی منابع برنامه.

ب) وجود انعطاف در استاندارد باعث پایین آمدن سطح برنامه می شود.

ج) اگر استاندارد در سطح پایینی انتخاب شود باعث ایجاد رضایت خواهد شد و فعالیت بیشتری جهت بهبود امور صورت نمی گیرد.

د) اگر استاندارد در سطح بالایی انتخاب شود به معیار قضاوت دست نخواهیم یافت و ناامید کننده خواهد بود.

پاسخ: استانداردها باید انعطاف پذیر و منعکس کننده مرحله برنامه باشند (یعنی طی مراحل مختلف برنامه تغییر کند).

پاسخ: ب)

۱۰

فصل ۱۱: سازمان‌های بین‌المللی، ملی و محلی مرتبط با سلامت

• کنترل اپیدمی‌ها و بیماری‌های مسری شایع

- تنها منحصر به بیماری‌های واگیر نیست.
- ارتقای سلامت اثرات بیرونی دارد، یعنی کمک به بالا بردن سطح سلامت کشورهای دیگر توسط یک کشور، خود آن کشور را نیز مصون از آن بیماری یا عامل خطر می‌کند.

• تبادل اطلاعات و تجربیات سلامتی

• استاندارد کردن آمار حیاتی فراورده‌های بیولوژیک و داروهای خطرناک

• پژوهش‌های مشترک ← به این دلیل که دغدغه‌های کشورها در حوزه سلامت همپوشانی زیادی دارد.

- همکاری‌های بین‌المللی کیفیت آموزش را دو چندان می‌کند.
- توصیه به دولت‌ها و مسئولین در مورد مسائل حائز اهمیت ← همه کشورها تعهد کافی برای عمل به توصیه‌ها را داشته باشند (مثل برنامه‌های واکسیناسیون در کشورهای مختلف)
- جنبه‌های بین‌الملل داروهای مخدر
- کمک‌های بین‌الملل در بلایا

• کمک به برنامه‌ریزی و مدیریت نظام سلامت و آموزش کارکنان

• مقابله با بیوتروریسم

- هدف سازمان: نیل به بالاترین سطح سلامت قابل دسترسی

- مجمع سلامت جهانی ← خط مشی و بودجه سازمان را تعیین می‌کند. سهم هر کشور در بودجه براساس جمعیت و درآمد سرانه آن تعیین می‌شود.
- هیأت اجرایی ← اجرای سیاست‌ها و تقسیم بودجه بین اعضاء را برعهده دارد.
- دبیرخانه

- سافتار

- آسیای جنوب شرقی (SEARO) ← مرکز: دهلی نو
- مدیترانه شرقی (حاوی ایران) (EMRO) ← مرکز: قاهره
- آمریکا (AMRO) ← مرکز: واشنگتن
- پاسفیک غربی (WPRO) ← مرکز: مانیل
- آفریقا (AFRO) ← مرکز: برازاویل
- اروپا (EURO) ← مرکز: کپنهاگ

- مناطق سازمان

۵۴

سازمان جهانی سلامت (WHO)

- تجربیات ایران در زمینه

- سلامت مادران
 - استقرار نظام مراقبت‌های اولیه سلامت
 - سلامت روان
- از تجربه‌های موفق بوده

- کار اصلی سازمان جهانی سلامت

- مراقبت مربوط به اپیدمی‌ها و قرنطینه
- استاندارد کردن مواد بیولوژیک از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها و نامگذاری آنها
- خدمات مستقیم به کشورها بنا به پیشنهاد و همکاری فعال با آنها
- تقویت خدمات سلامتی در سطح ملی
- اقدام برضد بیماری‌های واگیر به‌خصوص سل و مالاریا
- آموزش و تربیت کارکنان
- پشتیبانی از پژوهش
- آموزش و نشر اطلاعات توسط کمیته و هیأت‌های مشورتی

صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF)

- فعالیت‌های سازمان

- تفاوت آن با سازمان جهانی سلامت ← یونیسف بیشتر با سازمان‌های مردم نهاد همکاری می‌کند
- نهادهای دولتی
- حمایت از بهره‌مندی کودکان از خدمات ایمن و جامع
- حمایت از کودکان آسیب‌پذیر به منظور کاهش مرگ و میر کودکان
- حمایت از توانمندسازی دختران و زنان
- حمایت از کودکان در فوریت‌ها
- حمایت از یادگیری کودکان
- حمایت از نوآوری‌ها برای بهبود وضعیت کودکان

صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)

- حمایت از

- هدف سازمان: همه بارداری‌ها در جهان به‌صورت خواسته و برنامه‌ریزی شده و همه زایمان‌ها ایمن
- سلامت باروری و زنان باردار
- دسترسی به وسایل تنظیم خانواده مدرن
- تلاش برای قطع ازدواج کودکان
- پیشگیری از بارداری در نوجوانان
- آموزش کارکنان نظام سلامت برای اطمینان از انجام حداقل ۹۰٪ زایمان‌ها
- افراد دوره دیده.
- پیشگیری از خشونت مرتبط با جنسیت
- قطع ختنه کردن دختران
- تحویل تجهیزات نجات دهنده زایمان و زندگی در بلایا
- سرشماری، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

دفتر بین‌المللی کار (ILO)

← تعیین حداقل استانداردها و سیاست‌گذاری‌ها برای مشاغل مختلف

- سازمان غذا و کشاورزی (FAO) } - تأمین امنیت غذایی برای همه
- تعیین استانداردهای مربوط به محصولات کشاورزی

یونسکو (UNESCO) ← سازمان فرهنگی ملل متحد، ارتباط آن با سلامت از طریق آموزش پزشکی است.

کمیساریای عالی پناهندگان (UNHCR) ← حمایت مالی، تغذیه‌ای، اسکان و ارائه خدمات از آوارگان جنگ و سایر حوادث.

- تشکیلات مذهبی ← مثال: کمیته امداد امام خمینی (ره). با ارائه خدمات خود تا حدودی از هزینه‌های کمرشکن سلامت جلوگیری شود.
* هزینه کمرشکن سلامت: اختصاص بیش از ۴۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی خانوار به سلامت
- انجمن‌های امدادی ← صلیب سرخ و هلال احمر، عمدتاً غیردولتی هستند و هلال احمر ایران بودجه دولتی دریافت می‌کند. هلال احمر علاوه بر بلایا در حوادث جاده‌ای نیز امدادرسانی می‌کند.
- سازمان‌های مردم نهاد (NGO)
- آژانس‌های طبی یا سلامت عمومی ← بنیادهای مختلف چندمنظوره: در زمینه‌های مختلف فعالیت می‌کند که یکی از آن زمینه‌ها سلامت است.
- انجمن‌های تخصصی و فنی ← مثال: پزشکان بدون مرز، انجمن پزشکی جهان، انجمن بین‌المللی پرستاران

سازمان‌های داوطلب
مرتبط با سلامت

سوالات برگزیده سازمان‌های بین‌المللی، ملی و محلی مرتبط با سلامت

- ۱- کدام یک از موارد زیر از اهداف یونیسف محسوب نمی‌شود؟
(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۴۰۰)
الف) ارتقاء رعایت حقوق انسانی خصوصاً زنان
ب) آگاه‌سازی و ظرفیت‌سازی برای پاسخگویی به نیازهای تنظیم خانواده
ج) رعایت عدالت اجتماعی در تدوین برنامه‌های مربوط به کودکان
د) هدایت قوانین، سیاست‌ها و اقدامات مربوط به کودکان
پاسخ: ظرفیت‌سازی برای پاسخگویی به نیازهای تنظیم خانواده جزء وظایف صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) می‌باشد.

پاسخ: ب)

- ۲- مناسبت «روز جهانی بهداشت» (روز هفتم آوریل) با کدام یک از گزینه‌های زیر مطابقت دارد؟
(علوم پایه پزشکی - آذر ۱۳۹۸)
الف) تصویب اساسنامه سازمان جهانی بهداشت
ب) شروع اجرایی شدن اساسنامه سازمان جهانی بهداشت
ج) تشکیل اولین مجمع بهداشت جهانی
د) تأسیس اداره بین‌المللی بهداشت عمومی

پاسخ: ب)

- ۳- آگاه‌سازی و ظرفیت‌سازی برای پاسخگویی به نیازهای جامعه و تنظیم خانواده از وظایف کدام سازمان بین‌المللی می‌باشد؟

(علوم پایه پزشکی - فروردین ۱۳۹۸)



الف) صندوق جمعیت ملل متحد ب) صندوق کودکان ملل متحد ج) سازمان جهانی بهداشت د) برنامه عمران ملل متحد

پاسخ: الف)

۴- کدام یک از سازمان های بین المللی زیر، کشورهای در حال توسعه را در برنامه های مربوط به بهداشت باروری و جمعیتی، یاری می نماید؟

الف) UNDP ب) UNESCO ج) UNFPA د) UNICEF

پاسخ: ج)

۵- ایران در کدام منطقه از سازمان جهانی بهداشت حضور دارد؟

الف) EMRO ب) AMRO ج) SEARO د) WPRO

پاسخ: ایران در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO)، که مرکز آن در قاهره می باشد حضور دارد.

پاسخ: الف)

۶- کدام یک از گزینه های زیر جزء تجارب موفق ایران که توسط WHO به کشورهای دیگر معرفی شده، نیست؟

الف) تجربیات ایران در زمینه سلامت مادران
ب) تجربیات ایران در زمینه سلامت روان
ج) تجربیات ایران در استقرار نظام مراقبت های سلامت اولیه
د) تجربیات ایران در زمینه بهداشت دهان

پاسخ: د)

۷- کدام یک جزء کارهای اصلی سازمان جهانی بهداشت نیست؟

الف) استاندارد کردن مواد بیولوژیک از جمله آنتی بیوتیک ها و نامگذاری آنها
ب) اقدام بر ضد بیماری های واگیر به خصوص سل و مالاریا
ج) آموزش و تربیت کارکنان
د) پیشگیری از خشونت مرتبط با جنسیت

پاسخ: پیشگیری از خشونت مرتبط با جنسیت جزء وظایف صندوق جمعیت ملل متحد می باشد. مراجعه به صفحه ۶۰، قسمت کار اصلی سازمان جهانی بهداشت.

پاسخ: د)

۸- کدام گزینه زیر نادرست است؟

الف) هدف سازمان جهانی بهداشت نیل همه مردم به تعریف این سازمان از سلامتی است.
ب) تفاوت UNICEF با WHO در همکاری بیشتر یونیسف با سازمان های مردم نهاد است.
ج) حمایت از توانمندسازی زنان جزء وظایف یونیسف می باشد.

د) جزء اهداف UNFPA حمایت از آموزش کارکنان نظام سلامت برای اطمینان از انجام حداقل ۹۰٪ زایمان ها توسط افراد دوره دیده است.
پاسخ: هدف سازمان جهانی بهداشت نیل به بالاترین سطح سلامت قابل دسترس است و اگر از فصل ۲ به خاطر داشته باشید، تعریف این سازمان از سلامتی ایده آل گرا و غیرقابل دسترس می باشد.

پاسخ: الف)

۹- ارتباط یونسکو با سلامت از چه طریقی است؟

الف) تأمین مالی ب) آموزش پزشکی ج) تعیین خط مشی د) تأمین امنیت غذایی

پاسخ: یونسکو سازمان فرهنگی ملل متحد است و ارتباط آن با سلامت از طریق آموزش پزشکی می باشد.

پاسخ: ب)

فصل ۱۲: سنجش وضعیت سلامت در جمعیت‌ها:

مروری بر وضعیت ایران و جهان

- **Indicator**: چیزی است که وضعیت یک متغیر جمعیتی را نشان می‌دهد.
- **Index**: یک آماره ترکیبی که با قرار دادن چند Indicator در فرمولی خاص به دست می‌آید.
به عنوان مثال، شاخص توسعه انسانی (HDI)، سه جنبه مهم در توسعه جمعیت‌های انسانی را به طور همزمان مورد توجه قرار می‌دهد.

- تعریف

- وضعیت سلامتی ← شاخص آن: امید به زندگی در بدو تولد
- دانش ← شاخص آن: سال‌های مورد انتظار برای تحصیل هر فرد و متوسط سال‌های تحصیل در جامعه
- وضعیت رفاهی ← شاخص آن: سرانه درآمد ناخالص ملی

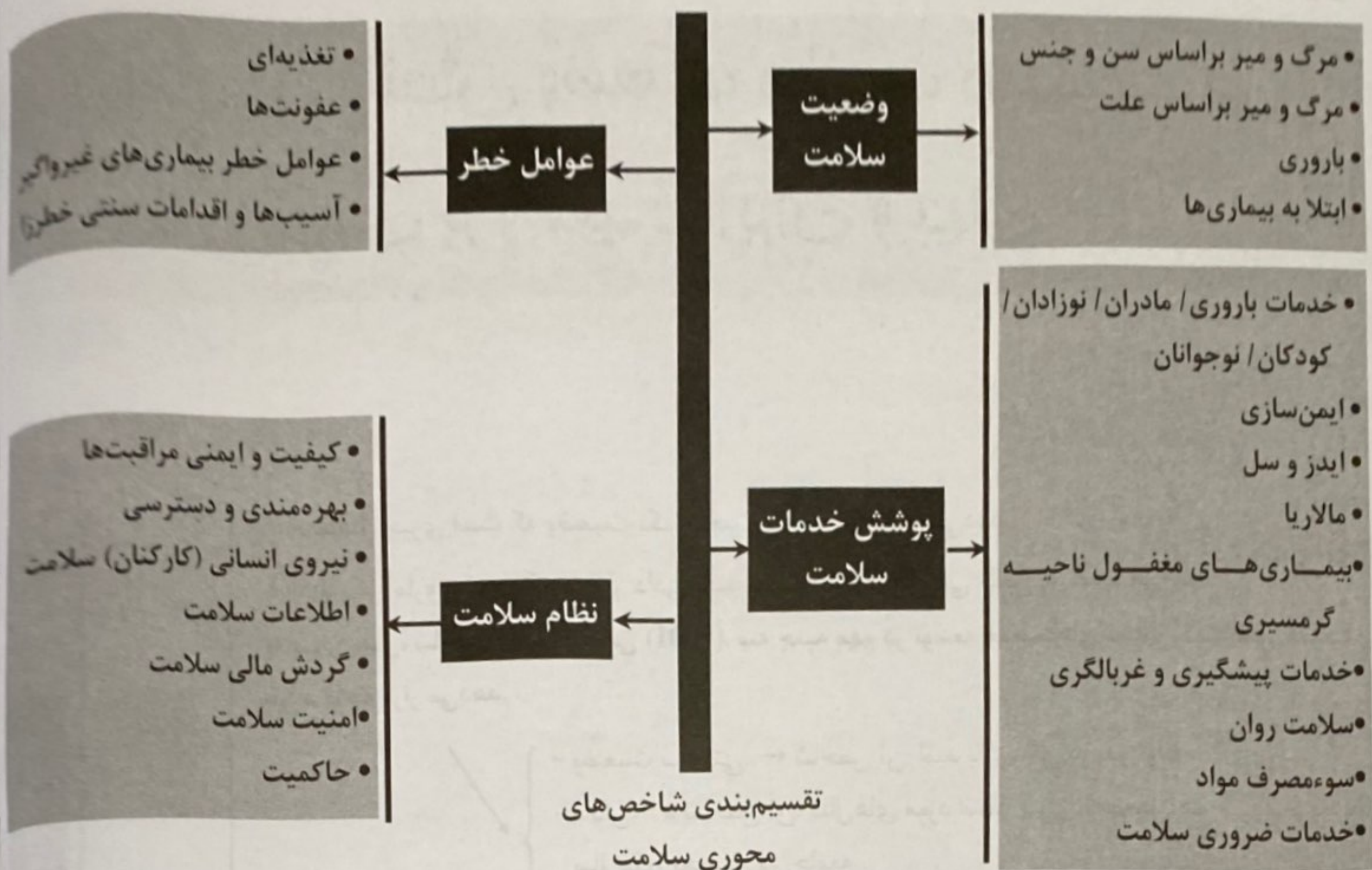
شاخص‌های سلامت

- توصیف وضعیت سلامت یک جمعیت
- ارزشیابی برنامه‌ها و مداخله‌ها
- پیش‌بینی رخ داده‌های آینده
- حمایت طلبی
- هدف‌گذاری و ارتقای کیفیت

- کاربردها

* مهم‌ترین مسأله در انتخاب شاخص‌ها ← هدف از بررسی
- داده‌های مورد نیاز شاخص همزمان با ارائه خدمات سلامت گردآوری شوند.
- شاخص‌ها قابل درک و به سادگی تفسیرپذیر باشند.
- شاخص‌ها نسبت به تغییراتی که قرار است منعکس کننده آنها باشند، حساس باشند.
* متادیتا: اجزای مختلف یک شاخص (مثل گروه سنی یا جنسی مدنظر، منابع مناسب داده‌ها، روش گردآوری داده‌ها و ...) را به کاربران معرفی می‌کند ← همه کاربران شاخص‌ها را به شکل یکسانی اندازه‌گیری کنند.

ویژگی‌های یک
شاخص مناسب



شکل ۱-۱۲. شاخه‌های اصلی و فرعی برای تقسیم‌بندی شاخص‌های محوری سلامت (Core Health Indicators) سازمان جهانی بهداشت

- وضعیت سلامت**
- شاخص‌ها مرتبط با تعداد مرگ و میر ← علت مرگ در آنها تأثیری ندارد. مانند: امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ نوزادان و ...
 - شاخص‌های مرتبط با علت مرگ و میر ← مانند کسر مرگ مادران و ...
 - شاخص‌های مرتبط با ابتلا به بیماری‌ها
 - شاخص‌های مرتبط با باروری
- عوامل خطر**
- شاخص‌های مرتبط با تغذیه
 - شاخص‌های مرتبط با عوامل خطر محیطی ← مانند درصد دسترسی به آب آشامیدنی سالم، سطح آلودگی هوا و ...
 - شاخص‌های مرتبط با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر ← مانند مصرف دخانیات، درصد فشارخون بالا و ...
 - شاخص‌های مرتبط با آسیب‌ها و اقدام‌های خطرناک ← مانند میزان آسیب‌های شغلی، شیوع خشونت از سوی شریک جنسی و ...
 - شاخص‌های مرتبط با بیماری‌های عفونی
- پوشش خدمات ← پوشش جمعیتی ← تابعی از**
- فراهمی خدمات سلامت
 - دسترسی به خدمات سلامت
- مثال: پوشش مراقبت‌های دوره بارداری و پس از زایمان، پوشش واکسیناسیون، پوشش خدمات ضروری سلامت و ...
- نظام سلامت** ← مرتبط با نحوه عملکرد نظام سلامت ← مانند: کیفیت و ایمنی مراقبت‌های سلامت، بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت، نظام اطلاعات سلامت و گردش مالی آن ← چند نمونه: میزان مرگ حوالی عمل جراحی، بهره‌مندی از خدمات سرپایی، توزیع کارکنان سلامت و ...

جدول ۱-۱۲. فرمول محاسباتی تعدادی از شاخص‌های پرکاربرد در سلامت عمومی	
شاخص	فرمول محاسباتی
میزان مرگ نوزادان	$\frac{\text{تعداد مرگ نوزادان زیر ۲۸ روز}}{\text{تعداد موالید زنده}} \times 1000$
میزان مرگ شیرخواران	$\frac{\text{تعداد مرگ کودکان زیر یکسال}}{\text{تعداد موالید زنده}} \times 1000$
میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	$\frac{\text{تعداد مرگ کودکان ۵-۰ ماه}}{\text{تعداد موالید زنده}} \times 1000$
میزان مرگ نوجوانان	$\frac{\text{تعداد مرگ نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله}}{\text{تعداد نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله}} \times 1000$
میزان مرده‌زایی	$\frac{\text{تعداد جنین‌های به دنیا آمده بدون علائم حیاتی بعد از ۲۸ هفته بارداری یا سنگین‌تر از ۱kg}}{\text{تعداد کل زایمان‌ها}} \times 1000$
کسر مرگ مادران	$\frac{\text{تعداد موارد مرگ مادران (به علت عوارض بارداری و زایمان)}}{\text{تعداد موالید زنده}} \times 100000$
میزان باروری اختصاصی سنی	$\frac{\text{تعداد زایمان‌های زنان یک گروه سنی خاص در یک سال}}{\text{تعداد زنان همان گروه سنی در همان سال}} \times 1000$
میزان باروری در نوجوانی	$\frac{\text{تعداد زایمان‌های زنده زنان ۱۹-۱۵ ساله در یک مدت معین}}{\text{تعداد شخص - سال‌های زیسته توسط زنان ۱۹-۱۵ ساله در همان بازه زمانی}} \times 1000$
میزان باروری کلی	$\frac{5 \times \text{مجموع میزان‌های باروری اختصاصی سنی}}{1000}$
میزان مرگ حوالی جراحی	$\frac{\text{تعداد مرگ در میان بیمارانی که عمل جراحی در اتاق عمل انجام داده‌اند}}{\text{تعداد کل عمل‌های جراحی}} \times 1000$

شخص - سال = مجموع (سن افراد × تعداد افراد با آن سن) برای سنین مختلف.

- تعداد مطلق

- کسر (Ratio) ← فراوانی یک متغیر به فراوانی متغیری دیگر

- نسبت (Proportion) ← نوعی کسر که در آن صورت جزئی از مخرج است.

- میزان (Rate) ← نوعی کسر که در آن، صورت کسر، فراوانی موارد جدیدی از یک پی‌آمد است که در دوره زمانی مشخص در جمعیت مخرج کسر پدید آمده.

- شاخص‌های مبتنی بر یک هم‌گروه (کوهورت) فرضی ← مثلاً برای اندازه‌گیری امید به زندگی در بدو تولد برای افرادی که در یک سال خاص متولد می‌شوند «فرض» می‌شود که این افراد در طول عمر خود با میزان‌های مرگ و میری مواجه باشند که در همان سال خاص در گروه‌های سنی مختلف وجود دارد.

- شاخص‌های مربوط به انتساب مرگ و میر یا موارد بیماری به یک عامل خطر

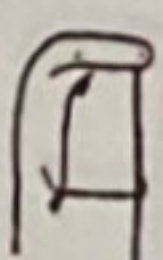
- ترکیب شاخص‌های مرگ و میر و ابتلا برای بیان وضعیت بیماری‌ها در جمعیت ← مقایسه اهمیت نسبی بیماری‌های مختلف در یک جمعیت، با کمک بار بیماری.

- بار بیماری: سال‌های از دست رفته عمر به دلیل ناتوانی (YLD) یا مرگ زودرس (YLL) ← DALY ← واحدی برای سنجش بار بیماری

$YLL + YLD = DALY$ ← سنی که فرد در آن فوت کرده - بیشترین امید به زندگی آن جنسیت

تمام سال‌هایی که فرد با بیماری زندگی کرده × ضریب ناتوانی بیماری

انواع سنجش‌ها (Measures) برای شاخص‌های سلامت عمومی



- امید به زندگی در بدو تولد در سال ۲۰۱۹ به ۷۳ سال رسیده. بیشترین امید به زندگی متعلق به ژاپن و بخش‌هایی از چین و بیش از ۸۳ سال است. امید به زندگی در ایران در سال ۲۰۱۹، ۷۶ سال بود. امید به زندگی در زنان (۷۵ سال) معمولاً بیشتر از مردان (۷۰ سال) است.

- میزان باروری کلی در سطح جهانی در همه کشورها کاهش داشته.

- روند YLL کاهش و روند YLD با شیب بسیار ملایمی افزایشی بوده ← جمعیت‌های انسانی در کنترل مرگ و میر موفق عمل کرده‌اند ولی افرادی که زنده می‌مانند با بیماری‌های بیشتری دست و پنجه نرم می‌کنند. اگر میزان استاندارد شده سنی YLD را در طول زمان بررسی کنیم و به این ترتیب اثر مسن شدن جمعیت را حذف کنیم، روند آن با شیب بسیار ملایمی کاهش می‌شود.

- بیماری‌های گروه ۱: بیماری‌های عفونی و واگیر همراه با بیماری‌های دوره بارداری، زایمان نوزادی و مشکلات تغذیه‌ای
- بیماری‌های غیرواگیر (قلبی عروقی، سرطان، دیابت و ...)
- آسیب‌های خارجی (تصادف جاده‌ای، خودکشی و ...)

- علل منجر به از بین رفتن سال‌های عمر

- بهبود شرایط عمومی زندگی
- اقدامات پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های واگیر
- گسترش مراقبت‌های دوره بارداری

- در کل جهان بار ناشی از بیماری‌های گروه ۱ کاهش قابل توجهی داشته

- کشورهای با درآمد کم و طبقات اجتماعی - اقتصادی ضعیف‌تر، در برابر بیماری‌های گروه ۱ آسیب‌پذیرترند.

- ریت DALY (میزان سال‌های از دست رفته عمر به ازای جمعیت) در ایران در دوره زمانی ۲۰۱۷-۱۹۹۰ کمتر از میزان جهانی آن بوده ولی میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل آسیب‌ها در ایران بالاتر از میزان جهانی آن بوده. درباره بیماری‌های گروه ۱ و بیماری‌های غیرواگیر، میزان DALY در ایران کمتر از جهان بوده.

CVD		Neoplasms		Oth NCD	Mat+Neonat	Resp+TB
بیماری‌های قلبی و عروقی		سرطان‌ها		سایر بیماری‌های غیرواگیر	مشکلات بارداری، زایمان و دوره نوزادی	عفونت‌های تنفسی و بیماری سل
MSK	اختلال‌های عضلانی و اسکلتی	Diabetes+CKD		Digestive	Sense	Enteric Infect
		دیابت و بیماری‌های مزمن کلیه				
Mental	اختلال‌های روانی	Chr Resp		Skin	Subs Use	Unint Inj
		بیماری‌های تنفسی مزمن				
		Neuro				Trans Inj
		بیماری‌های نورولوژیک				آسیب‌های مرتبط با حمل و نقل
						Self-harm & IPV
						آسیب عمدی به خود و دیگران

شکل ۲-۱۲. سهم بیماری‌ها و آسیب‌های مختلف از مجموع بار بیماری‌ها براساس واحد DALY در جهان (سال ۲۰۱۷)

CVD	Neoplasms	Oth NCD	Mat+Neonat	Respir
بیماری‌های قلبی و عروقی	سرطان‌ها	سایر بیماری‌های غیرواگیر	مشکلات بارداری، زایمان و دوره نوزادی	عفونت‌های تنفسی
			Enteric Infect عفونت‌های گوارشی	HIV سایر گروه ۱ کمبودهای تغذیه‌ای
MSK	Diabetes+CKD	Digestive	Sense	Unint Inj
اختلال‌های عضلانی و اسکلتی	دیابت و بیماری‌های مزمن کلیه	اختلال‌های گوارشی	اختلال ارگان‌های حسی	سایر آسیب‌های غیر عمدی
Mental	Chr Resp			Trans Inj
اختلال‌های روانی	بیماری‌های تنفسی مزمن			آسیب‌های مرتبط با حمل و نقل
	Neuro	Skin	Subs Use	Self-harm & IPV
	بیماری‌های نورولوژیک	پوست	مصرف مواد	آسیب‌های عمدی به خود و دیگران

شکل ۳-۱۲. سهم بیماری‌ها و آسیب‌های مختلف از مجموع بار بیماری‌ها براساس واحد DALY در ایران (سال ۲۰۱۷)

- عوامل خطر رفتاری ← مانند مصرف دخانیات، عوامل خطر تغذیه‌ای و ...
- عوامل خطر متابولیک ← مانند کلسترول بالا، فشار خون بالا و ...
- عوامل خطر محیطی ← مانند آلاینده‌های هوا، عوامل خطر شغلی و ...
- عوامل فطر

جدول ۲-۱۲. ده عامل خطر مهم برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در ایران و جهان (۲۰۱۷)		
رتبه	جهان	ایران
۱	سوءتغذیه مادران و کودکان	فشار خون بالا
۲	عوامل خطر تغذیه‌ای	عوامل خطر تغذیه‌ای
۳	فشارخون بالا	قندخون بالا
۴	مصرف تنباکو	نمایه توده بدنی بالا
۵	قند خون بالا	مصرف تنباکو
۶	نمایه توده بدنی بالا	سوءتغذیه مادران و کودکان
۷	آلودگی هوا	کلسترول LDL بالا
۸	مصرف الکل	مصرف مواد
۹	کلسترول LDL بالا	آلودگی هوا
۱۰	آب ناسالم، دفع نامناسب فاضلاب و شست و شوی ناکافی دست‌ها	عملکرد نامناسب کلیه



- شیوع بالای عوامل خطر تغذیه‌ای
- فشار خون بالا
- مصرف تنباکو
- قندخون بالا
- نمایه توده بدنی (BMI) بالا

← به دلیل

- انتظار می‌رود در آینده نیز بیماری‌ها مزمن غیرواکیر گسترش یابد

- تغییر اقلیم، در صورت غفلت از آن، می‌تواند بسیاری از دستاوردهای پیشین در زمینه بهبود سلامتی انسان‌ها را به عقب برگرداند.

- بیماری‌های عفونی بازپدید
- بیماری‌های عفونی نوپدید (مثل کووید - ۱۹)
- مقاومت آنتی‌بیوتیکی

- تهدیدات بیماری‌های عفونی واکیر

سؤالات برگزیده سنجش وضعیت سلامت در جمعیت‌ها: مروری بر وضعیت ایران و جهان

۱- براساس فرمول تعیین شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای محاسبه میزان میرایی حول تولد به کدام یک از گزینه‌های زیر در مخرج کسر نیازمندیم؟

(علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۹)

الف) تعداد مرگ‌های جنینی ۲۸ هفته حاملگی یا بیشتر

ب) تعداد تولدهای زنده در یک سال

ج) تعداد مرگ‌های هفته اول تولد

د) تعداد مرگ‌های هفته اول تولد به اضافه تعداد مرگ‌های جنینی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۵، فرمول محاسباتی تعدادی از شاخص‌های پرکاربرد در سلامت عمومی.

پاسخ: ب)

۲- اگر بخواهید میزان باروری کلی (total fertility rate) را در یک جامعه محاسبه کنید، برای صورت کسر به کدام یک از اطلاعات زیر نیاز دارید؟

(علوم پایه پزشکی - آبان ۱۳۹۹)

الف) مجموع میزان‌های باروری اختصاصی سنی

ب) تعداد موالید طی مدت معین

ج) تعداد تولد خام

د) متوسط جمعیت

پاسخ: الف)

۳- در محاسبه میزان مرگ مادران (Maternal Mortality Rate) مخرج کسر کدام یک از گزینه‌های زیر است؟ (علوم پایه پزشکی - آذر ۱۳۹۸)

الف) جمعیت همان منطقه در میانه سال مورد نظر

ب) تعداد مادران باردار در همان جمعیت و منطقه و سال

ج) تعداد مادران در سن بارداری در همان جمعیت و منطقه و سال

د) تعداد موالید زنده در همان جمعیت و منطقه و سال

پاسخ: د)

۱۶

تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در یک منطقه ۱۰ نفر، تعداد جمعیت همان منطقه در همان سال ۱۰۰۰۰۰ نفر و تعداد متولدین زنده ۱۰۰۰ نفر است. میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال کدام مورد است؟

(علوم پایه پزشکی نوین - شهریور ۱۳۹۸)

الف) ۱۰ در صد هزار (ب) ۱۰ در هزار (ج) ۱ در هزار (د) ۱ در صد هزار

پاسخ: میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال (شیرخواران) طبق فرمول برابر است با: تعداد موارد مرگ کودکان زیر یک سال در آن منطقه تقسیم بر تعداد موالید زنده در آن سال در همان منطقه که می شود ۱۰ در هزار.

پاسخ: ب)

۶- کدام یک از گزینه های زیر جزء Indicatorهای مورد استفاده در شاخص توسعه انسانی (HDI) نمی باشد؟

(تالیفی)

الف) وضعیت سلامتی (ب) وضعیت اجتماعی (ج) دانش (د) وضعیت رفاهی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۳، شاخص های سلامت.

پاسخ: ب)

۷- کدام گزینه نادرست است؟

(تالیفی)

الف) مهم ترین مسأله در انتخاب شاخص ها، هدفمان از بررسی می باشد.

ب) برای یکسان سازی اندازه گیری شاخص ها توسط کاربران، از متادیتا استفاده می شود.

ج) داده های مورد نیاز شاخص ها بهتر است به طور معمول و همزمان با ارائه خدمات سلامت گردآوری شوند.

د) در شاخص های مرتبط با تعداد مرگ و میر، علت مرگ و میر دارای اهمیت است.

پاسخ: علت مرگ در شاخص های مرتبط با مرگ و میر (مانند امید به زندگی در بدو تولد و میزان مرگ نوزادن) تأثیری ندارد.

پاسخ: د)

۸- کدام یک از موارد زیر صورت کسر در میزان مرگ نوزادان می باشد؟

(تالیفی)

الف) مرگ کودکان زیر ۲۸ روز (ب) مرگ کودکان زیر یک سال (ج) مرگ کودکان زیر یک هفته (د) مرگ کودکان زیر دو سال

پاسخ: الف)

۹- شاخص های مرتبط با علت مرگ و میر مثل کسر مرگ مادران، جزء کدام دسته از شاخص های سلامت می باشد؟

(تالیفی)

الف) وضعیت سلامت (ب) عوامل خطر (ج) پوشش خدمات (د) نظام سلامت

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۴، قسمت شاخص های محوری سلامت.

پاسخ: الف)

۱۰- فراوانی «موارد جدید» صورت کدام یک از کسرهای زیر است؟

(تالیفی)

الف) شیوع (ب) نسبت (ج) میزان (د) گزینه الف و ج

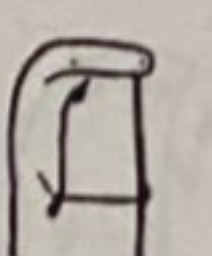
پاسخ: میزان (Rate) نوعی کسر که در آن، صورت کسر، فراوانی موارد جدیدی از یک پیامد است که در دوره زمانی مشخص در جمعیت مخرج کسر پدید آمده. شیوع عبارت از تمامی موارد موجود بیماری در یک جمعیت است.

پاسخ: ج)

۱۱- یک خانم در سن ۵۵ سالگی به علت ابتلای ۵ ساله به بیماری ای فوت می کند. اگر ضریب ناتوانی این بیماری ۰.۶ باشد و امید به زندگی خانم ها در آن جامعه ۶۰ سال باشد و بیشترین امید به زندگی زنان در جهان ۸۶ سال باشد، این خانم چند دالی از دست داده؟

(تالیفی)

الف) ۳۱ (ب) ۳۴ (ج) ۵۵ (د) ۴۸



پاسخ: YLL (Years of lost life) = سال‌های از دست داده زندگی = حداکثر امید به زندگی - عمر فرد
 YLD (Years lived with disability) = سال‌های زندگی توأم با ناتوانی = ضریب ناتوانی × تعداد سال‌های ابتلا
 $DALY = YLL + YLD = (86 - 55) + (5 \times 0.6) = 34$

پاسخ: ب)

۱۱- کدام جمله نادرست است؟

الف) امید به زندگی در زنان بیشتر از مردان است.

ب) میزان باروری در همه کشورها کاهش داشته.

ج) روند YLD، با حذف اثر مسن شدن جمعیت، با شیب بسیار ملایمی افزایشی می‌باشد.

د) بیماری‌های دوره بارداری و مشکلات تغذیه‌ای جزء بیماری‌های گروه ۱ می‌باشند.

پاسخ: روند YLL کاهش و روند YLD با شیب بسیار ملایمی افزایشی بوده ولی اگر میزان استاندارد شده سنی را در طول زمان بررسی کنیم و به این ترتیب اثر مسن شدن جمعیت را حذف کنیم، روند YLD با شیب بسیار ملایمی کاهش می‌شود (گزینه ج). بیماری‌های عفونی و سایر همراه با بیماری‌های دوره بارداری، زایمان، نوزادی و مشکلات تغذیه‌ای جزء بیماری‌های گروه ۱ محسوب می‌شوند (گزینه د).

پاسخ: ج)

۱۲- دلیل کاهش بار بیماری‌های گروه ۱ در کل جهان کدامیک از موارد زیر نیست؟

الف) بهبود شرایط عمومی زندگی

ب) اقدامات پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های واگیر

ج) گسترش مراقبت‌های دوره‌ای بارداری

د) پیر شدن جمعیت

پاسخ: د)

۱۳- کدامیک از میزان‌های سال‌های از دست رفته عمر در ایران، از میزان جهانی آن بیشتر است؟

الف) ریت دالی (میزان دالی به ازای جمعیت)

ب) میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل آسیب‌ها

ج) میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل بیماری‌های گروه ۱

د) میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل بیماری‌های غیرواگیر

پاسخ: ب)

۱۴- بیشترین سهم بار بیماری براساس واحد دالی به ترتیب در جهان و ایران مربوط به کدام بیماری‌ها می‌باشد؟

الف) بیماری‌های قلبی عروقی - سرطان‌ها

ب) سرطان‌ها - بیماری‌های قلبی عروقی

ج) سرطان‌ها - آسیب‌های مرتبط با حمل و نقل

د) بیماری‌های قلبی عروقی - بیماری‌های قلبی عروقی

پاسخ: در هر دو شکل ۲-۱۲ و ۳-۱۲ در صفحه‌های ۶۶ و ۶۷، بیشترین سهم را بیماری‌های قلبی عروقی دارد.

پاسخ: د)

۱۵- مهم‌ترین عامل خطر برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در جهان و ایران به ترتیب چیست؟

الف) سوء تغذیه مادران و کودکان - فشار خون بالا

ب) فشارخون بالا - نمایه توده بدنی بالا

ج) عوامل خطر تغذیه‌ای - کلسترول بالا

د) فشارخون بالا - قند خون بالا

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۷، جدول ۲-۱۲.

۱۶

(نص)

لین انتظار برای گسترش بیماری‌های مزمن غیر واگیر در بیشتر مناطق جهان در آینده همه موارد زیر هست بجز: (تالیفی)

(ب) شیوع بالای عوامل خطر تغذیه‌ای

بیماری توده بدنی بالا

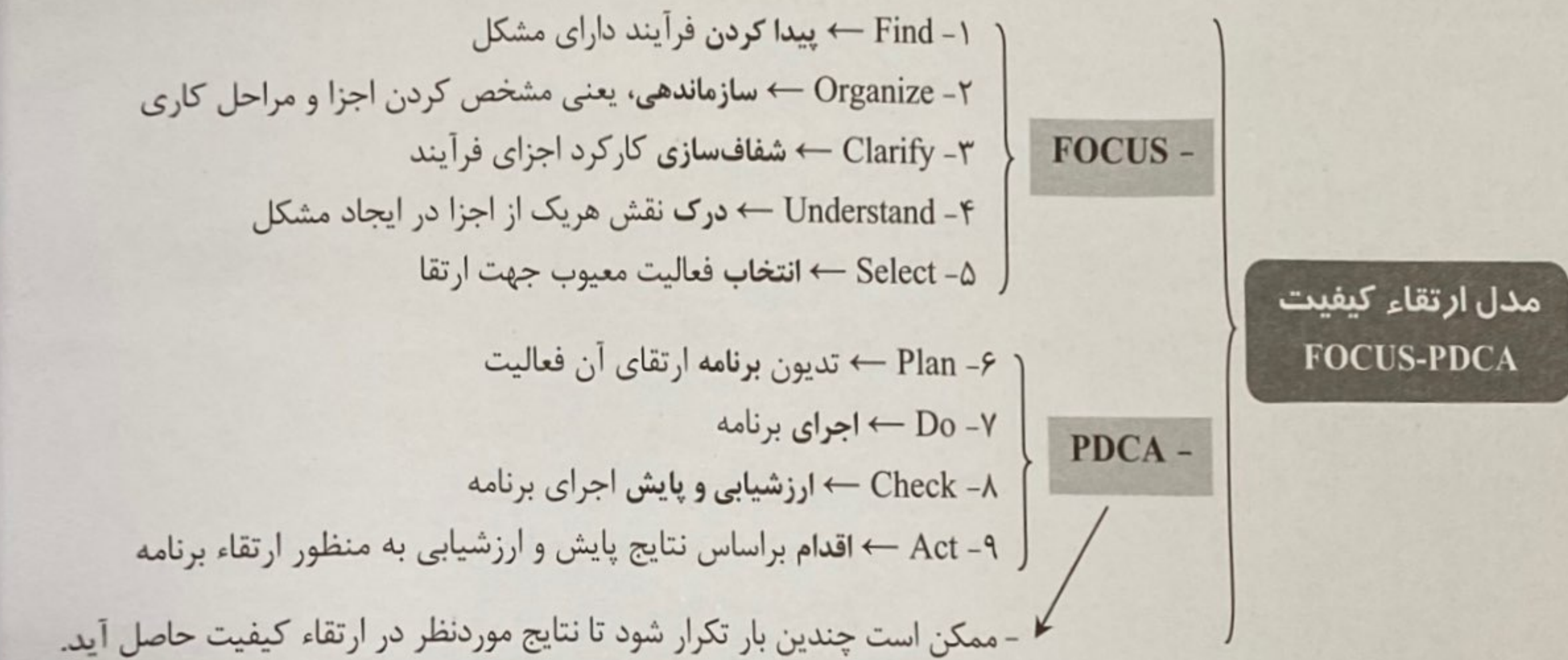
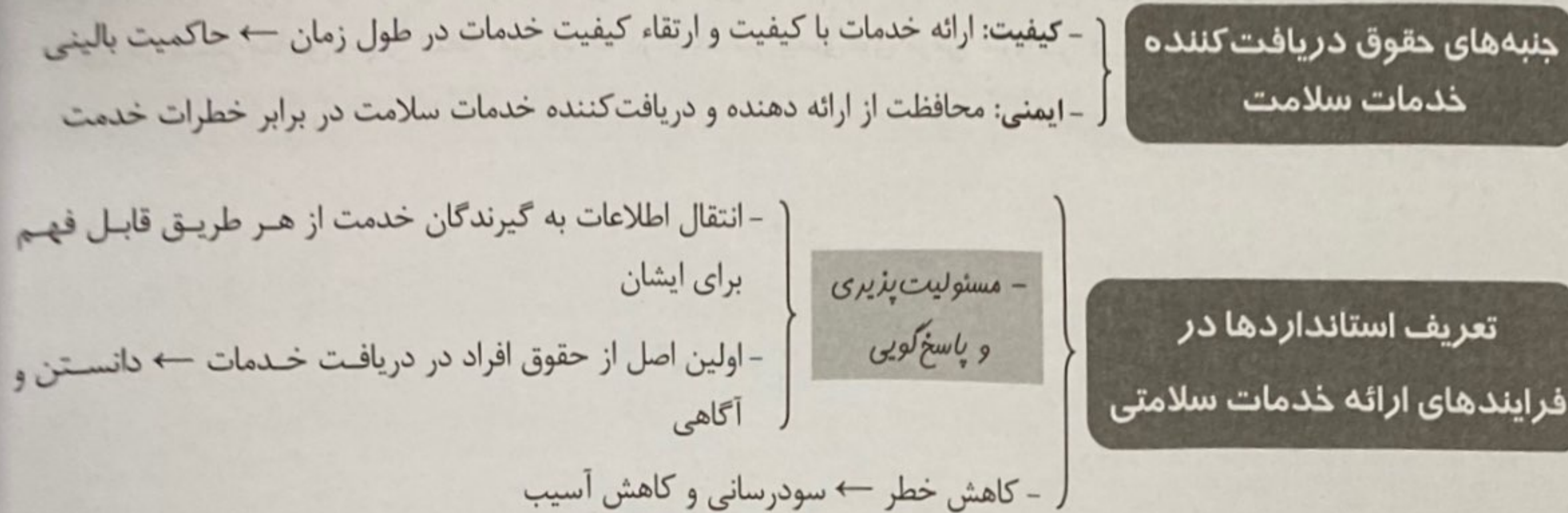
(د) مصرف تنباکو

پیش شدن جمعیت

به دلیل شیوع بالای عوامل خطر تغذیه‌ای، فشار خون بالا، مصرف تنباکو، قند خون بالا و نمای توده بدنی بالا (همان بیش وزنی) در بیشتر مناطق جهان انتظار می‌رود که در آینده نیز بیماری‌های مزمن غیرواگیر گسترش یابند.

(ج)

فصل ۱۱: حقوق دریافت کنندگان خدمات سلامت



- دقت شاخص‌ها، باید متناسب با حساسیت آن شاخص باشد. دقت نسبی در مورد شاخص‌ها که کاربردی بودن آن را تحت تأثیر قرار ندهد مناسب‌تر از دقت بسیار بالا در برآورد است که هزینه بالایی نیز دارد.

- شاخص‌های انتخاب شده باید براساس شواهد مرتبط با کیفیت و کارایی مراقبت‌های سلامت باشد.

- انواع شاخص‌ها**
- مرتبط با ساختار ارائه خدمت ← این شاخص‌ها تعیین کننده وجود شرایط لازم برای انجام فرآیند می‌باشند.
 - مرتبط با فرآیند ارائه خدمت ← این شاخص‌ها تعیین کننده نیازهای مرتبط با نیروی انسانی و یا نیاز به تدوین و بازآموزی راهنماهای بالینی را مطرح می‌کند.
 - مرتبط با برون دادهای خدمات ← این شاخص‌ها به عنوان اولین شاخص‌ها در هر فرآیندی ارزیابی می‌شوند و نشان دهنده وضعیت کلی فرآیندند.
 - اختصاصی برای بیماری
 - غیر اختصاصی ← مثلاً بیانگر خدمات لازم در جهت پیشگیری و کنترل یک گروه از بیماری‌ها هستند. می‌توان از ترکیب شاخص‌های اختصاصی بیماری‌های مختلف برای دستیابی به شاخص‌های غیر اختصاصی استفاده کرد.

شاخص‌های ارزیابی کارایی و کیفیت

- عواملی که براساس آن تحلیل و محاسبه شاخص‌ها صورت می‌گیرد می‌تواند فردی باشد مثل سن و جنس، و یا جغرافیایی مثل نژاد و کشور و یا مرتبط با وضعیت سلامت و ... باشد.

- گروه یک: حوادث بسیار شدید ← بلافاصله گزارش و مورد پیگیری.
مثل مرگ و جراحات شدید

- گروه دو: حوادث شدید ← بررسی پس از حوادث گروه یک. مانند عفونت محل جراحی، توقف قبلی تنفسی حین جراحی در بیمار با خطر متوسط

- گروه سه: حوادث غیرجدی و غیرمهم

برآورد شاخص‌ها

برحسب ویژگی‌های

گیرندگان خدمات

- طبقه‌بندی انواع خطر

- گزارش‌ها باید شامل زمان و مکان رخداد و افراد مسئول در حین رخداد حادثه باشند.

- موارد نزدیک به رخداد حادثه نیز در نظر گرفته و گزارش شوند.

- شرایط لازم برای گزارش فعال و کارآمد در سازمان فراهم باشد.

- اگر گزارش حوادث نامطلوب

به منظور ارتقاء کیفیت خدمات

انجام شود، باید

گزارش حوادث نامطلوب

- باید علل ریشه‌ای حوادث مشخص شوند تا بتوان چاره اصلی به منظور پیشگیری از رخداد مجدد آنها پیدا کرد.

اثربخشی: اثربخش نبودن خدمات در حل مشکل سلامتی ← نشان‌دهنده فقدان کیفیت

متناسب بودن: خدمات متناسب با همان مشکل سلامتی که مراجعه‌کننده به منظور آن مراجعه کرده باشد.

شاخص‌های همه یا هیچ: عدم ارائه حتی یکی از مراقبت‌ها ^{منجر به} عدم تناسب و کارایی کل خدمت

مقبولیت: اگر خدمات مقبول گیرندگان نباشند کارایی نخواهند داشت.

- شاخص‌های مختلف مرتبط با نظرات گیرندگان تعیین‌کننده میزان مقبولیت خدمت هستند.

- رضایت از محیط ارائه خدمت ← شامل زمان انتظار، محیط فیزیکی و شرایط روانی اتاق انتظار، هزینه خدمات و ...

- رضایت از خدمات ← شامل اطلاعات علمی، مهارت و پیگیری نشان داده شده توسط مراقب سلامت و تأثیر آن در حل مشکل

- میزان توجه به نیازهای ویژه ← نیاز ویژه در معلولین و بیماران متفاوت از نظر فرهنگ و زبان

- بررسی شکایت‌ها و پیشنهادات

- پوشش این پیمایش

پیمایش نظرات

دریافت‌کنندگان

خدمات

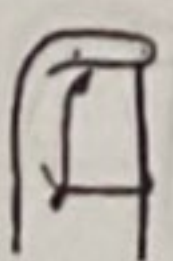
- اغلب به میزان علامت در دسترسی به مراقبت‌ها توجه می‌شود تا دسترسی برای تمامی افراد نیازمند خدمت.

- دسترسی یکسان براساس ویژگی‌های فردی، دموگرافیک و جغرافیایی باید وجود داشته باشد.

دسترسی

* ابعاد کیفیت: (۱) ایمنی، (۲) اثربخشی، (۳) مناسب بودن، (۴) مقبولیت، (۵) دسترسی، (۶) کارایی

* کارایی: بیشتر خدمت با کمترین هزینه. در صورت تأمین دیگر ابعاد کیفیت و با به حداقل رساندن هزینه حاصل می‌شود.



هزینه به ازای خدمت

- شاخصی در ارزیابی کارائی مراقبت‌هاست
- منابع مختلف تأمین هزینه‌ها مانند بیمه‌های پایه و تکمیلی و منابع عمومی نباید از فهرست هزینه‌ها خارج شود.

عدم مراجعه

- شاخصی در نشان دادن ناکارآمدی یک مجموعه در ارائه خدمت با کیفیت
- منجر به هدر رفت منابع شده و استقبال از دریافت دیگر خدمات را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

سوالات برگزیده حقوق دریافت‌کنندگان خدمات سلامت

۱- کدام جمله صحیح است؟
(الف) اولین اصل از حقوق افراد در دریافت خدمات، رعایت ایمنی برای آنان می‌باشد.
(ب) حاکمیت بالینی به معنی ارائه خدمت با حداکثر کارائی می‌باشد.
(ج) شاخص مرتبط با ارائه خدمت اولین شاخصی است که در هر فرآیندی ارزیابی می‌شود.
(د) می‌توان از ترکیب شاخص‌های اختصاصی بیماری‌های مختلف برای دستیابی به شاخص‌های غیراختصاصی استفاده کرد.
پاسخ: اولین اصل از حقوق افراد در دریافت خدمات، دانستن و آگاهی می‌باشد (گزینه الف). حاکمیت بالینی به معنی ارائه خدمات با کیفیت و ارتقاء کیفیت خدمات در طول زمان می‌باشد (گزینه ب). شاخص‌های مرتبط با برون‌دادهای خدمات، اولین شاخص‌هایی هستند که در هر فرآیندی ارزیابی می‌شوند و نشان دهنده وضعیت کلی فرایندند (گزینه ج).

پاسخ: (د)

۲- در مدل ارتقا کیفیت FOCUS - PDCA بعد از مرحله شفاف‌سازی کارکرد اجرای فرایند، کدام مرحله قرار دارد؟
(الف) انتخاب فعالیت معیوب جهت ارتقاء
(ب) درک نقش هریک از اجزا در ایجاد مشکل
(ج) مشخص کردن اجزا و مراحل کاری
(د) تدوین برنامه ارتقای آن فعالیت
پاسخ: مراجعه به صفحه ۷۲، مدل ارتقاء کیفیت FOCUS - PDCA.

پاسخ: (ب)

۳- کدام گزینه نادرست است؟
(الف) مراحل FOCUS ممکن است چندین بار تکرار شوند تا نتایج مورد نظر در ارتقا کیفیت حاصل آید.
(ب) توقف قبلی تنفسی حین جراحی در بیمار با خطر متوسط جزء حوادث شدید و گروه ۲ انواع خطر به حساب می‌آید.
(ج) اغلب به میزان عدالت در دسترسی به مراقبت‌ها توجه می‌شود تا دسترسی برای تمامی افراد نیازمند.
(د) کارائی در صورت تأمین دیگر ابعاد کیفیت و با به حداقل رساندن هزینه‌ها حاصل می‌شود.
پاسخ: پس از انجام مراحل FOCUS، مراحل PDCA ممکن است چندین بار تکرار شود تا نتایج مورد نظر در ارتقاء کیفیت حاصل آید.

پاسخ: (الف)

۴- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء ابعاد کیفیت نمی‌باشد؟
(الف) ایمنی (ب) مقبولیت (ج) عدالت (د) کارائی
پاسخ: ابعاد کیفیت: (۱) ایمنی، (۲) اثربخشی، (۳) مناسب بودن، (۴) مقبولیت، (۵) دسترسی، (۶) کارائی

پاسخ: (ج)

۱۳

فصل ۱۴: رویکرد اقتصادی به خدمات سلامت

سلامت به عنوان کالای عمومی ← کالای عمومی: کالایی است که توسط همه مردم به صورت جمعی مصرف می شود. این کالا غیرقابل انحصار است و مصرف یک نفر اثری بر مصرف دیگری ندارد. مانند هوای پاک یا واکسیناسیون

نشان مقابل سلامت و رشد اقتصادی: سرمایه گذاری در آموزش و سلامت نیروی انسانی ← منجر به ارتقای بهره‌وری افراد ← رشد اقتصادی

- هزینه‌های سلامت سریع‌تر از تولید خالص ملی و جمعیت افزایش می‌یابد.
- لازمه افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، کاستن از سهم سایر بخش‌های توسعه جامعه مثل آموزش، کشاورزی و ... است که خود از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت هستند.

مهم اختصاص یافته از منابع اقتصادی به بخش سلامت

- عوامل متعددی باعث افزایش هزینه در نظام‌های سلامت در دو دهه اخیر شده‌اند و از طرفی در افزایش منابع سلامت محدودیت وجود دارد.

- پیشرفت‌های روز افزون تکنولوژی و دانش در رشته‌های بهداشت و درمان
- تغییر الگوی بیماری‌ها و نیازهای سلامتی مردم: بیماری‌های واگیر کم و بیماری‌های غیرواگیر زیاد شده‌اند ← دوره ابتلا این بیماری‌ها طولانی و در نتیجه هزینه درمانی آنها بالاست.
- تغییرات الگوی جمعیتی و سالمندی جمعیت ← افزایش ابتلای همزمان به چند بیماری (Comorbidity)
- تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی ← افزایش مهاجرت و شهرنشینی و سکونت تعداد زیادی از مردم در حاشیه شهرها که محیط مساعد سلامتی نیست.

- بیمارستان محوری } - مهم‌ترین منبع ناکارایی و بی‌عدالتی نظام‌های سلامت
- وابستگی به صنعت پزشکی و ایجاد بیماری‌های با منشأ بیمارستان ← بسیار پرهزینه
- افزایش جمعیت: پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ جمعیت جهان به ۹ میلیارد نفر برسد که ۸۰ تا ۹۰٪ آن در کشورهای در حال توسعه و فقط جهان خواهند بود.

- نابسامانی و آشفتگی نظام سلامت ← روند } - بیمارستان محوری
- تجاری شدن
- چندپارگی: تعداد بسیار زیاد برنامه‌ها و طرح‌ها

• رکود اقتصادی: در کشورهای در حال توسعه و فقیر جهان ← توأم بودن توقف رشد اقتصادی، ناامنی سیاسی و فقدان پیشرفت نسبی امید به زندگی. تهدیدکننده‌های سلامت (سیگار، چاقی، خشونت‌های شهری) و جنگ در این کشورها بیشتر است.

- کارایی فنی: انجام فعالیت‌های مورد نظر با استفاده از کمترین منابع ممکن یا انجام بیشترین فعالیت‌های ممکن با حجم مشخصی از منابع } - کارایی
- کارایی تخصیصی: هدایت منابع به سوی مصارفی با بیشترین بهره‌وری

- به‌طور معمول هزینه کردن بیشتر برای نظام سلامت پیامدهای بهتر سلامتی به همراه دارد ولی در شرایط فوق نحوه خرج کردن منابع مالی و نوع سیاست‌ها مهم‌تر است.

- تفاوت‌های بازار خدمات سلامت با بخش‌های دیگر

- محدودیت مهم‌ترین موضوع در اقتصاد است.
- تخصیص و بهره‌وری مطلوب از منابع موجود و جلب مشارکت مؤثر افراد و جوامع
- نیاز اجتناب ناپذیر همه افراد به خدمات سلامت
- برخورداری از خدمات سلامت حق بشری است و نمی‌توان کسی را به دلیل نداشتن امکانات مالی از آن محروم کرد.
- عدم امکان پیش‌بینی نیاز به خدمات
- غیرقابل ذخیره بودن کالای ارائه شده در این بازار
- عدم تقارن اطلاعات ارائه‌کننده خدمات (فروشنده) و بیمار (مشتري)
- گیرنده خدمات حق انتخاب دارد ولی تصمیم گیرنده نهایی ارائه‌کننده خدمات است.
- محدودیت در رقابت (رعایت تعرفه)
- محدودیت در ورود و خروج از بازار
- بدون طی دوره آموزشی و کسب صلاحیت لازم و اخذ مجوز، امکان کار در این بازار نیست.
- تجلی اثربخشی خدمات سلامت در خارج از بخش سلامت.

سؤالات برگزیده رویکرد اقتصادی به خدمات سلامت

- ۱- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء عوامل افزایش هزینه در نظام‌های سلامت در دو دهه اخیر نمی‌باشد؟ (تالیفی)
- الف) پیشرفت تکنولوژی و دانش
ب) سالمندی جمعیت
ج) تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی
د) ایجاد نظام‌های مراقبت‌های اولیه
- پاسخ: عوامل افزایش هزینه در نظام‌های سلامت در دو دهه اخیر: پیشرفت‌های روز افزون تکنولوژی و دانش در رشته‌های بهداشت و درمان، تغییر الگوی بیماری‌ها و نیازهای سلامتی مردم، تغییرات الگوی جمعیتی و سالمندی جمعیت، تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی، بیمارستان محوری، افزایش جمعیت، نابسامانی و آشفتگی نظام سلامت و رکود اقتصادی
- پاسخ: د)

- ۲- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء علل نابسامانی کنونی در نظام سلامت نیست؟ (تالیفی)
- الف) بیمارستان محوری
ب) دخالت بیش از حد دولت‌ها
ج) تجاری شدن
د) چندپارگی
- پاسخ: ارجاع به صفحه ۷۵، نابسامانی و آشفتگی نظام سلامت
- پاسخ: ب)

- ۳- کدام جمله نادرست است؟ (تالیفی)
- الف) به‌طور معمول هزینه کردن بیشتر برای نظام سلامت پیامدهای بهتری به همراه دارد.
ب) بیمارستان محوری مهم‌ترین منبع ناکارایی و بی‌عدالتی نظام‌های سلامت است.
ج) در بازار خدمات سلامت تصمیم گیرنده نهایی دریافت‌کننده خدمت (مشتري) می‌باشد.
د) هزینه‌های سلامت سریع‌تر از تولید ناخالص ملی و جمعیت افزایش می‌یابد.
- پاسخ: در بازار خدمات سلامت گیرنده خدمات حق انتخاب دارد ولی تصمیم گیرنده نهایی ارائه‌کننده خدمات است.
- پاسخ: ج)

۱۳

فصل ۱۵: ملاحظات اخلاقی در خدمات سلامت عمومی

- وینلو (۱۹۲۰) ← «سلامت عمومی، هنر و علم پیشگیری از بیماری‌ها، طولانی کردن عمر انسان‌ها و ارتقای سلامت جسمی و کارایی آنها از طریق تلاش‌های سازمان یافته اجتماعی است» ← بعدها به این تعریف ابعاد دیگر سلامت نیز اضافه شد.

- پایش وضعیت سلامت، تشخیص و بررسی مشکلات و مخاطرات سلامت در جامعه و حل آنها
- آگاه کردن مردم در مورد موضوعات سلامت
- جلب همکاری‌های اجتماعی برای حل مشکلات سلامت
- تدوین برنامه‌هایی که از حرکت به سمت سلامت حمایت کند.
- تقویت مقرراتی که سلامت را حفظ و ایمنی را تضمین کند.
- ایجاد راه‌های ارتباطی بین مردم و پرسنل ارائه‌دهنده خدمات سلامت برای در دسترس کردن این خدمات
- تأمین نیروی انسانی توانمند برای ارائه خدمات سلامت
- ارزشیابی اثربخشی، در دسترس بودن و کیفیت خدمات سلامت
- انجام پژوهش‌ها ← در ارتباط با تمام زمینه‌های ذکر شده در بالا

فرمات ضروری سلامت عمومی

تعریف سلامت عمومی

- اخلاق ← پرداختن به این سوال که چه چیزی درست و چه چیزی نادرست است.
- اخلاق پزشکی ← فقط به ملاحظات اخلاقی در عرصه پزشکی بالینی می‌پردازد.

- به جنبه‌های اخلاقی حفظ سلامت برای تمامی موجودات زنده دلالت دارد.

- عرصه‌ها
 - اخلاق پزشکی
 - اخلاق در پژوهش
- اصول
 - سود رساندن
 - ضرر نرساندن
 - احترام به آزادی افراد
 - عدالت

- اخلاق زیستی

تعریف چند واژه

جدول ۱-۱۵. مقایسه اخلاق در سلامت عمومی و اخلاق پزشکی	
تمرکز و تمایل اخلاق عمومی	تمرکز و تمایل اخلاق پزشکی
پیشگیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها	درمان بیماری‌ها و آسیب‌ها
طیفی از مداخلات قابل ارائه توسط کارکنان نظام سلامت	مداخلات پزشکی قابل ارائه توسط پزشکان
سود رساندن به جامعه و ضرر نرساندن در اقدامات جامعه محور	سود رساندن به بیمار و ضرر نرساندن به او براساس تعهد اخلاقی و الزام‌آور پزشک برای ارائه بهترین خدمات
آزادی نسبی اعضای جامعه	احترام برای تک‌تک بیماران
تعهد به اجماع برای پرداختن به دغدغه‌های سلامت آنها که حل آنها نیازمند اقدام جمعی است	تعهد حرفه‌ای برای اولویت دادن به سود بیماران در مقابل نفع پزشک

جدول ۱-۱۵. مقایسه اخلاق در سلامت عمومی و اخلاق پزشکی (ادامه)

اختیار و اقتدار قانونی که براساس آن سیاست‌گذار حق دارد مقررات سلامت را وضع کند	اختیار و اقتدار پزشک بر پایه اعتماد بیمار به وی براساس اعتبار حرفه‌ای
رضایت جامعه از طریق گفت و گو و تعامل و همکاری با مردم	کسب رضایت آگاهانه از بیمار برای مداخلات پزشکی
عدالت اجتماعی در زمینه سلامت و رعایت برابری در نظام سلامت	درمان عادلانه و بدون تبعیض بیماران و تضمین دسترسی تک‌تک به خدمات درمانی

• پیشگیری کنترل بیماری‌های واگیر ← آیا ما مجاز هستیم برای حفظ سلامت جامعه اختیارات افراد را محدود کنیم؟

- سل ← در مواردی درمان اجباری حتی با زور قابل توجیه است. درمان سل در درجه اول به نفع خود بیمار است ولی انگیزه اصلی اجبار حفظ سلامت جامعه است.
- سارس ← در سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ منجر به پاندمی شد. در برخی مناطق دنیا استراتژی‌هایی مثل تعطیلی موقت مدارس و قرنطینه و ... استفاده شد. بعدها مشخص شد این مداخلات ضرورتی نداشتند؛ با این حال وقتی پیامدهای بالقوه یک بیماری برای علم پزشکی ناشناخته و بالقوه خانمان برانداز است، این اقدامات قابل توجه‌اند.
- HIV/AIDS ← تجویز داروهای ضد رتروویروس برای افراد آلوده به HIV در کاهش ریسک انتقال بیماری به شریک جنسی یا شریک سرنگ آنها نقش دارد ولی ممکن است برای خود فرد آلوده اثر بالینی مثبتی نداشته باشد.
- واکسیناسیون ← هم به سود فردی است که واکسینه می‌شود هم به سود بقیه افراد جامعه. کودکانی که به دلیل باورهای والدینشان واکسینه نمی‌شوند در برخی کشورها نمی‌توانند در مدرسه ثبت نام کنند.
- اگر اپیدمی یک بیماری قابل کنترل با واکسن ایجاد شود، واکسیناسیون اجباری کودک در جهات حفظ سلامت جامعه، قابل توجیه است.

- مثال‌ها

- غربالگری ← گاهی آزمایشات تشخیصی برای افراد به ظاهر سالم الزامی در نظر گرفته می‌شود، مثل قبل از استخدام ← اگر سودی که از نظر سلامت برای جامعه به دست می‌آید بیش از این محدودیت در آزادی فردی باشد، قابل توجیه است.
- ارتقای سلامت ← به نظر می‌رسد انسان‌ها تا زمانی که به یکدیگر مستقیماً آسیب نرسانند، مختارند رفتارهای ناسالم پیشه کنند؛ به عنوان مثال مصرف سیگار ← سؤالی که مطرح می‌شود این است که دولت‌ها تا چه حد الزام اخلاقی دارند که آسیب‌های ناشی از مصرف سیگار را در جامعه کاهش دهند.
- نظام مراقبت سلامت ← مثال: طی سالیان اخیر که برای کنترل عفونت HIV درمان وجود دارد، آزمایش HIV روی نمونه‌هایی که افراد به منظور دیگری تحویل آزمایشگاه داده‌اند از نظر اخلاقی مورد تأیید نیست زیرا وقتی نمونه بدون نام باشد، دیگر نمی‌توان در صورت تشخیص عفونت فرد را پیدا کرد و به او اطلاع داد، بر روی نمونه‌های نامدار هم نمی‌توان چنین بررسی انجام داد چون این اجازه از آنها گرفته نشده.
- اپیدمی‌ها، فوریت‌ها و بلایا ← در این شرایط اهمیت برقراری سلامت عمومی فراتر از احترام به آزادی افراد است. در بحران‌ها زمان ما محدود است.
- انگ خوردن ← احتمال انتقال عمودی HIV (از مادر مبتلا به نوزاد) را می‌توان با تغذیه کودک با شیر خشک به جای شیر مادر کاهش داد ولی در بعضی مناطق اگر مادر به نوزاد شیر ندهد همسرش ممکن است شک کند که وی HIV مثبت است و او را طرد کند. ← چاره این مشکل در درازمدت رشد فرهنگ جامعه، کاهش انگ HIV و توانمندسازی زنان است.
- مشوق‌های سلامت ← گاهی بین این مشوق‌ها و باورهای فرهنگی جامعه تضاد وجود دارد.
- پژوهش ← بیانیه هلسینکی دستورالعمل معتبر است که برای پاسخ به سؤالات و چالش‌های مطرح شده در پژوهش به آن استناد می‌شود.
- * شرکت‌کنندگان در پژوهش، هر زمان که بخواهند و به هر دلیلی می‌توانند از پژوهش خارج شوند، بدون اینکه از دریافت خدمات سلامت محروم شوند.

۱- قدم اول: بررسی ابعاد اخلاقی موضوع سلامت عمومی و شرایط زمینه‌ای ← مثلاً: خطرات، اهداف، مقررات، توقعات و ...

- سودمندی ← آیا اقدام مورد نظر بهترین تعادل بین سود و ضرر را با در نظر گرفتن هزینه‌ها فراهم می‌کند؟

- احترام به دغدغه‌ها و علایق فرد و جامعه

- عدالت و برابری و عدالت } - عدالت توزیعی: توزیع بار مشکل و فواید حل آن به‌طور عادلانه بین افراد
- عدالت در رویه: جلب مشارکت مطلوب اجتماعی از جمله مشارکت زیر
گروه‌های درگیر در مشکل

- سایر ملاحظات اخلاقی ← مثلاً: یک جانبه نبودن تلاش‌ها، انسجام، عمل به وعده‌ها، شفافیت و ...

۲- قدم دوم: تعیین راه‌های
دیگر برای این اقدام و
ارزشیابی ابعاد اخلاقی آنها

- اثربخشی

- ضرورت

- توجیه عمومی

- کمترین نادیده گرفتن حقوق انسانی

- متناسب بودن ← اگر برای انجام این اقدام به یک ملاحظه اخلاقی بی‌توجهی شود،

آیا فواید اجتماعی آن برای جامعه فراتر از بی‌توجهی است؟

۳- قدم سوم: بررسی وجود توجیه
کافی برای یک تصمیم خاص در
عرصه سلامت عمومی

سؤالات برگزیده ملاحظات اخلاقی در خدمات سلامت عمومی

۱- کدام یک جزء اصول اخلاق زیستی نمی‌باشد؟

(تالیفی)

(د) محرمانگی

(ج) عدالت

(ب) احترام به آزادی افراد

(الف) سود رساندن

پاسخ: اصول اخلاق زیستی: سود رساندن، ضرر نرساندن، احترام به آزادی افراد، عدالت

پاسخ: (د)

۲- کدام مورد زیر غیر اخلاقی است؟

(تالیفی)

(الف) درمان به زور فردی مبتلا به سل که از تحت درمان قرار گرفتن امتناع می‌کند.

(ب) قرنطینه بیمارانی که به بیماری‌ای ناشناخته مبتلاند و مشخص نیست این اقدام تأثیر مثبتی دارد یا نه.

(ج) انجام تست HIV روی نمونه‌های خون بی‌نام باقی‌مانده از افرادی که برای آزمایش قند نمونه داده‌اند.

(د) واکسیناسیون اجباری کودکانی که واکسیناسیون مخالفند.

پاسخ: طی سالیان اخیر که برای کنترل عفونت HIV درمان وجود دارد، آزمایش HIV روی نمونه‌هایی که افراد به منظور دیگری

تعویل آزمایشگاه داده‌اند از نظر اخلاقی مورد تأیید نیست زیرا وقتی نمونه بدون نام باشد، دیگر نمی‌توان در صورت تشخیص عفونت

فرد را پیدا کرد و به او اطلاع داد، بر روی نمونه‌های نامدار هم نمی‌توان چنین بررسی انجام داد چون این اجازه از آنها گرفته نشده.

پاسخ: (ج)

۳- کدام جمله نادرست است؟

(تالیفی)

(الف) برای پاسخ به سؤالات و چالش‌های مطرح در پژوهش، به بیانیه‌ی اتاوا استناد می‌شود.

- ب) شرکت کنندگان در پژوهش هر زمان که بخواهند و به هر دلیلی می توانند از پژوهش خارج شوند.
- ج) در اپیدمی ها و بلایا و فوریت ها اهمیت برقراری سلامت عمومی فراتر از احترام به آزادی افراد است.
- د) عدالت توزیعی به معنی توزیع بار مشکل و فواید حل آن به طور عادلانه بین افراد می باشد.
- پاسخ: برای پاسخ به سؤالات و چالش های مطرح شده در پژوهش به بیانیه هلسینکی استناد می شود.

پاسخ: الف)

سؤال تثبیتی اصول خدمات سلامت

فصل اول

- ۱- به اختلال سلامت در حوزه کارکردی چه می گویند؟
 (الف) بیماری (ب) ناخوشی (ج) ناراحتی (د) کسالت (تالیفی)
- ۲- صاحب کتاب ذخیره خوارزمشاهی کدام نویسنده زیر است؟
 (الف) ابوالبراهیم اسماعیل جرجانی (ب) ابوعلی سینا (ج) محمد زکریای رازی (د) (تالیفی)
- ۳- کدام یک جزء عوامل زمینه ساز افزایش بیماری های غیرواگیر مزمن نمی باشد؟
 (الف) الگوی تغذیه ای (ب) الگوی زندگی (ج) الگوی جمعیتی (د) الگوی رفتاری (تالیفی)
- ۴- کدام یک جزء مفاهیم عدالت در سلامت نمی باشد؟
 (الف) برابری در دسترسی به خدمات سلامت (ب) برابری در برخورداری و مصرف خدمات سلامت (ج) برابری در فرصت های سالم زیستن (د) برابری در پرداخت هزینه های سلامت (تالیفی)
- ۵- کشورهای سازمان ملل سال در چه سالی به برنامه «سلامت برای همه» متعهد شدند؟
 (الف) ۱۹۷۸ (ب) ۱۹۸۱ (ج) ۱۹۸۶ (د) ۲۰۰۰ (تالیفی)

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵
پاسخ	د	الف	ج	د	ب
ارجاعات	ص ۲	ص ۱	ص ۳	ص ۳	ص ۳

فصل دوم

- ۱- کدام یک از ابعاد اجتماعی سلامت نمی باشد؟
 (الف) ارتباط سالم با افراد جامعه (ب) واکنش مناسب به تغییرات محیطی (ج) تعادل مردم با نهادهای اجتماعی (د) مشارکت در فعالیتهای اجتماعی (تالیفی)
- ۲- کدام یک از جملات زیر تعریف اساس نامه ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت از سلامت است؟
 (الف) قدرت تطابق فرد با همه تقاضاهای زندگی روزمره (ب) وضعیت تعادل بین فرد و محیط فیزیکی و اجتماعی اش (ج) رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری (د) فرد سالم فردی است که در جامعه منشأ تولید و درآمدزایی است (تالیفی)
- ۳- برای کدام یک از بیماری های زیر، پیشگیری سطح ابتدایی صورت گرفته است؟
 (الف) فلج اطفال (ب) سل (ج) آبله (د) هیچکدام (تالیفی)
- ۴- استفاده از مواد ضد عفونی کننده، کدام یک از سطوح پیشگیری می باشد؟
 (الف) ابتدایی (ب) اولیه (ج) ثانویه (د) ثالثیه (تالیفی)

- ۵- غربالگری تنبلی چشم باید در کدام یک از سنین زیر اجرا شود؟
 (الف) ۱ تا ۳ سال (ب) ۴ تا ۶ سال (ج) ۷ تا ۹ سال (د) ۱۰ تا ۱۲ سال (تالیفی)
- ۶- پیشگیری از استفاده بیهوده از آنتی بیوتیک ها جزء کدام سطح از سطوح پیشگیری می باشد؟
 (الف) سطح اول (ب) سطح دوم (ج) سطح سوم (د) سطح چهارم (تالیفی)
- ۷- کدام یک از گزینه های زیر بهترین کمک برای پیشگیری سطح چهارم است؟
 (الف) تدوین راهنماهای بالینی (ب) افزایش قیمت آزمایش های پیشرفته تر (تالیفی)
 (ج) رعایت نظام ارجاع (د) مراجعه به چند پزشک مختلف برای یک مشکل سلامتی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
پاسخ	ب	ج	ج	ب	ب	د	الف
ارجاعات	ص ۶	ص ۶	ص ۷	ص ۷	ص ۷	ص ۷	ص ۸

فصل سوم

- ۱- به چه دلیل دولت ها متولی تأمین سلامتی مردم هستند؟
 (الف) زیرا دولت بیشترین سود را از سلامتی مردم و جوامع می برد.
 (ب) زیرا عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به قدری گسترده اند که تأمین همه آنها تنها از عهده دولت برمی آید.
 (ج) زیرا رشد اقتصادی مهم ترین عامل در توسعه جوامع و مهم ترین عامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت است.
 (د) هیچ کدام (تالیفی)
- ۲- مراقبت های سلامت ارائه شده در مورد تشخیص بیماری ها در نظام سلامت تأمین کننده حداکثر چند درصد از سهم سلامت می باشند؟
 (الف) ۲۵ درصد (ب) ۴۰ درصد (ج) ۵۰ درصد (د) ۶۰ درصد (تالیفی)
- ۳- کدام یک جزء اصول ارائه مراقبت های سلامت نیست؟
 (الف) تناسب (ب) کارائی (ج) عدالت (د) دسترسی (تالیفی)
- ۴- «کارائی» به چه معناست؟
 (الف) تأثیر در شرایط مطالعاتی و ایده آل بر روی نمونه منتخب (ب) بیشترین تأثیر با کمترین هزینه
 (ج) اثر در شرایط عادی و بر روی عموم (د) اثرگذاری بدون توجه به هزینه (تالیفی)
- ۵- کدام یک از گزینه های زیر بهترین تعریف از «نیازهای ضروری» می باشد؟
 (الف) نیازی که در صورت عدم رسیدگی منجر به عوارض وخیمی می شود.
 (ب) نیازی که به دلیل مشاهده در گروه های همسان ایجاد شده.
 (ج) نیازی که براساس شواهد و مستندات علمی است.
 (د) نیازی که به خودی خود برطرف نمی شود. (تالیفی)
- ۶- کدام یک از نیازها منجر به ارتقاء سلامت فرد نمی شود؟
 (الف) نیاز ضروری (ب) نیاز درک شده (ج) نیاز بیان شده (د) نیاز رقابتی (تالیفی)
- ۷- کدام گزینه زیر باعث فراهم شدن خدمات تخصصی برای افرادی که واقعاً به آن نیاز دارند می شود؟
 (تالیفی)

۱۶

(ب) اقدامات پیشگیرانه
(د) همه موارد

سطح‌بندی خدمات سلامت و طراحی نظام ارجاع
ارائه مراقبت‌های درمانی براساس تقاضا

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
پاسخ	ب	الف	ب	ب	ج	د	الف
ارجاعات	ص ۱۰	ص ۱۰	ص ۱۰	ص ۱۱	ص ۱۱	ص ۱۱	ص ۱۱

فصل چهارم

- ۱- در ارائه خدمات سلامت مشارکت مالی عادلانه به چه معناست؟
(الف) مشارکت مالی مردم براساس استفاده آنها از خدمات نظام سلامت.
(ب) مشارکت مالی همه مردم به یک اندازه.
(ج) مشارکت مالی برحسب تمکن مالی افراد، فارغ از میزان مصرف خدمات سلامت.
(د) مشارکت مالی هر فرد براساس مالیات پرداختی توسط او
- ۲- در کدام یک از انواع نظام‌های سلامت اکثر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به صورت انفرادی کار می‌کنند؟
(الف) نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد
(ب) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
(ج) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
(د) هیچکدام
- ۳- در کدام نظام سلامت بازار ارائه خدمات نوعی بازار اقتصاد آزاد است؟
(الف) نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد
(ب) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
(ج) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
(د) گزینه الف و ب
- ۴- کدام یک از گزینه‌های زیر درباره نظام سلامت «بازارهای مدیریت شده» نادرست است؟
(الف) رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت هم مستقیم و هم غیرمستقیم است.
(ب) فوائد و ضوابط تماماً توسط اتحادیه‌های صنفی تعیین می‌گردد.
(ج) ساختارهای بیمه بیشتر به صورت بیمه‌های خصوصی هستند.
(د) دولت درصد کمی از خدمات، به‌ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارائه می‌دهد.
- ۵- در کدام یک از نظام‌های سلامت زیر دولت نقش کمی در ارائه خدمات سلامت دارد و خدمات بیشتر توسط بیمه‌های درمانی و اجتماعی ارائه می‌شوند؟
(الف) نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد
(ب) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
(ج) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
(د) نظام‌های سلامت سوسیالیستی
- ۶- در کدام یک از نظام‌های سلامت، سلامتی حق مردم و دولت تضمین کننده و ارائه‌دهنده آن است؟
(الف) نظام‌های سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
(ب) نظام‌های خدمات سلامت ملی
(ج) نظام‌های سلامت سوسیالیستی
(د) همه موارد

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶
پاسخ	ج	الف	د	ب	ج	ج
ارجاعات	ص ۱۴	ص ۱۵	ص ۱۵	ص ۱۵	ص ۱۶	ص ۱۶

فصل پنجم

۱- کدام یک جزء اصول مراقبت‌های اولیه سلامت نیست؟

(تالیفی)

- (الف) هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی
(ج) اولویت داشتن مناطق محروم
(ب) مشارکت مردمی
(د) تعهد سیاسی دولت‌ها

۲- کدام یک جزء اجزای PHC در ایران نیست؟

(تالیفی)

- (الف) آموزش سلامت
(ج) دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط
(ب) بهداشت سالمندان
(د) بهداشت حرفه‌ای

۳- کدام یک از گزینه‌های زیر درباره مراقبت‌های سلامت اولیه صحیح نمی‌باشد؟

(تالیفی)

- (الف) مراقبت‌های سلامتی که به وسیله ارائه‌دهندگان سلامت در نخستین سطح تماس با مردم ارائه می‌گردد.
(ب) زیربنای اصلی نظام ارائه خدمات سلامت است.
(ج) برای اولین بار در سال ۱۹۸۶ در اتاوا مطرح شد.
(د) باعث کاهش هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی در همه بخش‌ها می‌شود.

۴- بالاترین سطح از مراقبت‌های اولیه سلامتی، کدام یک از مراکز زیر است؟

(تالیفی)

- (الف) خانه بهداشت
(ب) پایگاه‌های سلامت
(ج) مراکز خدمات جامع سلامت
(د) گزینه ب و ج

۵- کدام گروه از افراد زیر در «پایگاه سلامت» مشغول به کارند؟

(تالیفی)

- (الف) یک زن و یک مرد بومی
(ب) مراقبین سلامت و ماما
(ج) پزشک عمومی و دارویار
(د) پزشک عمومی و دندان‌پزشک

۶- پزشک خانواده باعث همه موارد زیر می‌شود بجز:

(تالیفی)

- (الف) سلامت‌نگر کردن بیمه‌ها
(ج) کاهش مصرف خودسرانه دارو
(ب) افزایش پاسخ‌گویی
(د) افزایش اقدامات درمانی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶
پاسخ	ج	ب	ج	ج	ب	د
ارجاعات	ص ۲۰	ص ۲۰	ص ۲۰	ص ۲۲	ص ۲۲	ص ۲۲

فصل ششم

۱- کدام جمله نادرست است؟

(تالیفی)

- (الف) سطح سلامتی پایین، علت و معلول سطح اجتماعی - اقتصادی پایین است.
(ب) حمایت اجتماعی از افراد باعث توسعه در زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و غیره می‌شود.
(ج) افرادی که در دبیرستان ترک تحصیل می‌کنند از گروه‌های در معرض محرومیت اجتماعی هستند.

عدم فعالیت فیزیکی مادر در دوران بارداری می تواند زمینه ساز انواع بیماری ها در بزرگسالی فرزندش شود.

سؤال	۱
پاسخ	ج
ارجاعات	ص ۲۶

فصل هفتم

۱- براساس مرحله ارزیابی آموزشی و بوم شناختی الگوی برنامه ریزی پرستید - پروسید، کدام یک از موارد زیر در گروه عوامل قادرکننده (توانمندساز) قرار می گیرد؟

(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۰۰)

الف) قوانین و مقررات (ب) نگرش و رفتار همسانان (ج) رفتارهای کارکنان بهداشتی (د) آگاهی و دانش فرد

۲- براساس مرحله چهارم الگوی برنامه ریزی پرستید - پروسید (ارزیابی آموزشی و بوم شناختی) کدام یک از عوامل زیر در گروه عوامل تقویت کننده قرار می گیرند؟

(علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۹)

الف) نگرش ها و رفتارهای کارکنان بهداشتی و همسالان (ب) قوانین و مقررات

(ج) باورها و دانش افراد در مورد موضوع خاص (د) مهارت های فردی در انجام کارها

۳- با توجه به مرحله ارزیابی آموزشی و بوم شناختی الگوی پرستید، کدام یک از گزینه های زیر بیان کننده مفهوم عوامل زمینه ساز است؟

(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۹)

الف) عواملی که سبب دلسردی یا دلگرمی افراد برای ادامه رفتار می شوند.

(ب) باورها، ارزش ها و برداشت هایی که می توانند انگیزه فرد را برای انجام رفتار تقویت کنند.

(ج) تشویق ها و پسخوراند هایی که پس از انجام رفتار جدید از دیگران دریافت می شود.

(د) منابع، مهارت ها و عواملی که انجام رفتار را تسهیل می کنند.

۴- اگر یک فرد چاق برای کاهش وزن به کلینیک تغذیه مراجعه نماید مطابق با الگوی مراحل تغییر (Prochaska) در کدام مرحله قرار دارد؟

(علوم پایه پزشکی - فروردین ۱۳۹۸)

الف) قصد (ب) تدارک (ج) عمل (د) حفظ

۵- مفهوم «سلامت در همه سیاست ها» در کدام کنفرانس بیان شد؟

(تألیفی)

الف) آلماتا ۱۹۷۸ (ب) اتاوا ۱۹۸۶ (ج) نایروبی ۲۰۰۹ (د) هلسینکی ۲۰۱۳

۶- در رویکردهای ارتقای سلامت، کدام یک جزء معایب رویکرد پزشکی است؟

(تألیفی)

الف) تعیین کننده های وسیع تر سلامت را در نظر نمی گیرد. (ب) در این رویکرد سلامتی نداشتن بیماری است.

(ج) رویکردی پر هزینه است. (د) گزینه الف و ب

۷- از معایب کدام رویکرد ارتقای سلامت، وابسته بودن به افراد کارشناس در مراحل مختلف آن رویکرد می باشد؟

(تألیفی)

الف) رویکرد پزشکی (ب) رویکرد تغییر رفتار (ج) رویکرد تغییر اجتماعی (د) رویکرد آموزشی

۸- اگر قانونی مبنی بر جریمه مصرف سیگار در اماکن عمومی وضع شود، از کدام رویکرد ارتقاء سلامت استفاده شده است؟

(تألیفی)

الف) رویکرد تغییر رفتار (ب) رویکرد آموزشی

(ج) رویکرد تغییر اجتماعی (د) رویکرد توانمندسازی مراجع - محور

۹- کدام مرحله، اولین مرحله در مدل پرسید - پروسید است؟

(تألیفی)

الف) ارزیابی کیفیت زندگی (ب) ارزیابی اپیدمیولوژیکی (ج) ارزیابی رفتاری و محیطی (د) ارزیابی آموزشی و اکولوژیک

۱۰- دسترسی به خدمات جزء کدام دسته از عوامل اثرگذار روی رفتار است؟

- (الف) عوامل زمینه‌ساز (ب) عوامل تقویت کننده (ج) عوامل توانمندساز (د) عوامل ارتقا دهنده

۱۱- معلومات جزء کدام دسته از عوامل اثرگذار روی رفتار است؟

- (الف) Predisposing Factors (ب) Inducing Factors (ج) Reinforcing Factors (د) Enabling Factors

۱۲- در مرحله «قصد» از مدل مراحل تغییر، کدام گزینه بیش از بقیه به پیشبرد ارتقاء سلامت کمک می‌کند؟

- (الف) موانع ترک رفتار و راه‌های غلبه بر آن توضیح داده شود.
(ب) باید آگاهی را افزایش داد و مشکل سلامت مربوط به رفتار را توضیح داد.
(ج) بهتر است منافع ترک رفتار را برای فرد توضیح داد.
(د) دادن برنامه به مراجعه کننده و پایش وی.

۱۳- اگر فردی دارای اضافه وزن برای رفتن به باشگاه ورزشی و کاهش وزن پول پرداخت کند، بیانگر برداشت فرد از کدام بخش از الگوی باور بهداشت است؟

- (الف) آسیب پذیری درک شده (ب) موانع درک شده (ج) منافع درک شده (د) شدت درک شده

۱۴- در برنامه ریزی آموزشی، پس از بررسی وضعیت موجود چه اقدامی صورت می‌گیرد؟

- (الف) تعیین اهداف آموزشی (ب) تعیین روش‌های آموزشی (ج) اجرا (د) ارزشیابی شرایط

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
پاسخ	الف	الف	ب	ج	د	د	ب	ج	الف
ارجاعات	ص ۳۱	ص ۳۱	ص ۳۱	ص ۳۳	ص ۳۰	ص ۳۰	ص ۳۰	ص ۳۱	ص ۳۱

سؤال	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
پاسخ	ج	الف	ج	ب	الف
ارجاعات	ص ۳۱	ص ۳۱	ص ۳۳	ص ۳۴	ص ۳۵

فصل هشتم

۱- کدام یک از گزینه‌های زیر ایمنی غیرفعال اکتسابی می‌باشد؟

- (الف) واکسن (ب) ایمنوگلوبولین (ج) ایمنی ناشی از شیر مادر و جفت (د) سلول‌های خاخره

۲- کدام یک از گزینه‌های زیر از نقاط تمایز برنامه ایمن سازی، از سایر برنامه‌های حفظ و ارتقای سلامت نیست؟

- (الف) ایمن سازی علی‌رغم تأثیرات زیاد، هزینه زیادی ندارد.
(ب) ایمن سازی نیاز به ایجاد تغییرات زیاد در شیوه زندگی افراد ندارد.
(ج) ایمن سازی عرضه بسیار آسانی دارد.
(د) ایمن سازی گروه هدف بزرگ و تعریف شده ای دارد.

۳- کدام یک از واکسن‌های زیر جزء واکسن‌های برنامه گسترش ایمن سازی کشوری ایران نیست؟

- (الف) واکسن

۱۶

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵
پاسخ	الف	ب	د	ج	الف
ارجاعات	ص ۴۷	ص ۴۶	ص ۴۷	ص ۴۸	ص ۴۸

فصل دهم

۱- کدام گزینه جزء توانمندی‌های مورد انتظار از مدیران است؟

(تالیفی)

- (الف) ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذینفعان
(ج) تنظیم رسالت و دورنما و ارزش‌های سازمان
(ب) شبکه‌سازی
(د) نظارت بر خدمات

۲- کدام سبک از رهبری با روش‌های ابداعی سازگاری ندارند؟

(تالیفی)

- (الف) خودکامانه (ب) معامله‌ای (ج) بروکراتیک (د) استراتژیک

۳- کدام یک از موارد زیر در اولویت بندی و هدف‌گذاری برای حل یک مشکل نقشی ندارد؟

(تالیفی)

- (الف) بار مشکل (ب) حاد بودن مشکل (ج) قابلیت حل آن مشکل (د) هزینه آن مشکل

۴- کدام نوع از ارزشیابی بر فعالیت جاری یک برنامه، جهت ارتقاء مدیریت برنامه تأکید دارد؟

(تالیفی)

- (الف) ارزشیابی تجمیعی (ب) ارزشیابی اثر (ج) ارزشیابی تکوینی (د) هیچکدام

۵- معیار ارزشیابی Efficacy بین کدام دو جزء برنامه سلامت ارتباط برقرار می‌کند؟

(تالیفی)

- (الف) بین منابع و فعالیت‌ها (ب) بین اهداف برنامه و اثرات
(ج) بین نیازهای سلامت و اهداف برنامه (د) بین فعالیت‌ها و اثرات

۶- کدام یک از معیارهای زیر بین Input و Output یک برنامه ارتباط برقرار می‌کند؟

(تالیفی)

- (الف) کفایت (ب) بهره‌وری (ج) تأثیر (د) اثربخشی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶
پاسخ	د	ج	ب	ج	د	ب
ارجاعات	ص ۵۲	ص ۵۳	ص ۵۳	ص ۵۵	ص ۵۵	ص ۵۵

فصل یازدهم

۱- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء کارهای اصلی یونیسف نیست؟

(تالیفی)

- (الف) حمایت از بهره‌مندی کودکان از خدمات ایمن و جامع
(ج) حمایت از توانمندسازی دختران و زنان
(ب) حمایت از یادگیری کودکان
(د) تلاش برای قطع ازدواج کودکان

۲- وظیفه کدام نهاد بین‌المللی درست نوشته نشده است؟

(تالیفی)

- (الف) دفتر بین‌المللی کار ← تعیین حداقل استانداردها و سیاست‌گذاری‌ها برای مشاغل مختلف
(ب) سازمان غذا و کشاورزی ← استاندارد کردن مواد بیولوژیک نامگذاری آنها
(ج) کمیساریای عالی پناهندگان ← حمایت مالی، تغذیه‌ای، اسکان و ارائه خدمات از آوارگان جنگ و سایر حوادث
(د) یونسکو ← آموزش پزشکی

UNICEF (ب) UNFPA (ب) UNHCR (ج) UNESCO (د) (تالیفی)

۳	۲	۱
ب	ب	د
ص ۶۰	ص ۶۰ و ۶۱	ص ۶۰

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

بی‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

- الف) تغییر اقلیم، در صورت غفلت از آن، می‌تواند بسیاری از دستاوردهای پیشین در زمینه بهبود سلامتی انسان‌ها را به عقب برگرداند.
- ب) از عوامل خطر متابولیک می‌توان به عوامل خطر تغذیه‌ای اشاره کرد.
- ج) از تهدیدات بیماری‌های عفونی واگیر می‌توان به بیماری‌های عفونی بازپدید اشاره کرد.
- د) مصرف مواد جزء ده عامل خطر مهم برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در ایران است.

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
پاسخ	ب	د	الف	د	الف	ج	د	ج	ب
ارجاعات	ص ۶۴	ص ۶۴	ص ۶۵	ص ۶۵	ص ۶۵	ص ۶۵	ص ۶۶ و ۶۷	ص ۶۷	ص ۶۷ و ۶۸

فصل سیزدهم

- ۱- براساس مدل ارتقای کیفیت FOCUS-PDCA پس از مرحله Understand، کدام اقدام صورت می‌گیرد؟
(تالیفی)
- الف) شفاف‌سازی کارکرد اجزای فرآیند
ب) انتخاب فعالیت معیوب جهت ارتقاء
ج) سازماندهی، یعنی مشخص کردن اجزا و مراحل کاری
د) تدیون برنامه ارتقای فعالیت
- ۲- کدام گزینه نادرست است؟
(تالیفی)

الف) اگر گزارش حوادث نامطلوب به منظور ارتقاء کیفیت خدمات انجام شود، باید موارد نزدیک به رخداد حادثه نیز در نظر گرفته و گزارش شوند.

- ب) عواملی که براساس آن تحلیل و محاسبه شاخص‌ها صورت می‌گیرد می‌تواند فردی باشد مثل سن و جنس.
- ج) شاخص‌های مرتبط با فرآیند ارائه خدمت، تعیین کننده وجود شرایط لازم برای انجام فرآیند می‌باشند.
- د) در خدمات سلامت عدم ارائه حتی یکی از مراقبت‌ها منجر به عدم تناسب و کارایی کل خدمت می‌شود.

سؤال	۱	۲
پاسخ	ب	ج
ارجاعات	ص ۷۲	ص ۷۲

فصل چهاردهم

- ۱- کدام گزینه درباره تفاوت‌های بازار خدمات سلامت با بخش‌های دیگر نادرست است؟
(تالیفی)
- الف) برخورداری از خدمات سلامت حق بشری است و نمی‌توان کسی را به دلیل نداشتن امکانات مالی از آن محروم کرد.
- ب) امکان پیش‌بینی نیاز به خدمات
- ج) غیرقابل ذخیره بودن کالای ارائه شده در این بازار
- د) محدودیت در رقابت (رعایت تعرفه)

۶۳

سؤال	۱
پاسخ	ب
ارجاعات	ص ۷۶

اصل پانزدهم

۱- در بررسی وجود توجیه کافی برای یک تصمیم خاص در عرصه سلامت عمومی، همه موارد زیر باید در نظر گرفته شوند بجز:

(تالیفی)

(د) شفافیت

(ج) توجیه عمومی

(ب) ضرورت

(الف) اثربخشی

سؤال	۱
پاسخ	د
ارجاعات	ص ۷۹

